Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

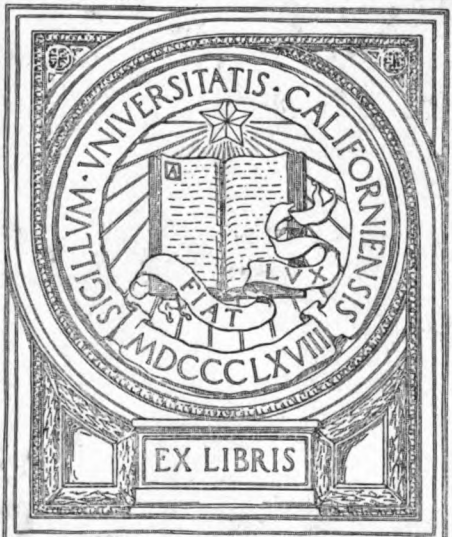
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

UC-NRLF
B 3 745 701

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER
SAN FRANCISCO



MEDICAL LIBRARY EXCHANGE

MEDICAL-DENTAL LIBRARY
MARQUETTE UNIVERSITY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

597 f

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, H. DREUW-Berlin, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖROK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, M. WOLTERS-Rostock

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SIEBENUNDFÜNFZIGSTER BAND

1913

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 45 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 9—11

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1913

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".)

	Seite
Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion", von Franz v. Poór . . . . . 779.	826
Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen, von Carl Stern	792
Erwiderung, von A. Strauß	793
Über eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis, von Ant. Trýb	819
Knotenförmige Hautverdickungen bei Sklerodaktylie, von B. Lipschütz	851
Ein schwerer Anfall zerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektion, von Fischer	858
**Die Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht, von Robert Schmölder .	860
Zur Kontraluesinbehandlung, von Ed. Richter	883
Einiges über die Spültechnik bei der Therapie der Gonorrhoea anterior et posterior, von Karl Rühl	907
Zur Technik konzentrierter, intravenöser Salvarsaninjektionen, von Linser	915
Eduard Schiff †, von J. H. Rille	915
Louis A. Duhring †, von Henry W. Stelwagon	916
Histologische Untersuchungen über Trichophytie-Heilung und -Allergie beim Meerschweinchen, von S. Hanawa	939
Jonathan Hutchinson †, von J. J. Pringle	956
Untersuchungen über die Histologie der Urticaria factitia (Dermographismus) und der Urticaria chronica, sowie über die Mastzellen bei beiden Affektionen, von Menahem Hodara	971
Bakteriologische Untersuchungen über Pemphigus, von Mario Copelli	995
Spontaner Schwund der Warzen des Gesichts nach chirurgischer Entfernung solcher der Handrücken, von Louis Merian	1001
Über kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhoe, von Karl Hedén	1003
Zur Technik intravenöser Salvarsaninjektionen, von Carl Stern	1006
Trichophytie der Erwachsenen, von S. L. Bogrow und N. A. Tschernogubow	1027
Eine neue Spritze für intravenöse Injektionen, von Artur Fontana	1032
Erfahrungen mit Jodocitin, von Hermann Mayer	1033
**Grundsätzliches zur Frage der Prostitution, von Wilh. Kießling	1035
Symmetrische Hautgangrän. Ein Beitrag zur Lokalisation symmetrischer Affektionen, von R. Polland	1059
Über ein Purpuraexanthem nach Balsamum Copaivae, von Jaroslaw Odstrčil .	1066
Die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis mit Gonargin, von Karl Hedén . .	1091
Wie wirken die Balsamika? von Carl Cronquist	1096
Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 und 1495. Der Brief des Scilaccio und der Reisebericht des Monetarius, untersucht von Karl Sudhoff	1115
Die Dermatologie am XVII. Internationalen medizinischen Kongreß (London 6. bis 12. August), von G. Nobl	1126
Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis, von J. Almkvist	1147
**Die Prostitution jugendlicher Mädchen und ihre Bekämpfung, von Rupprecht	1154
Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe, von Sh. Matzumoto	1171
Über die intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans, von Max Joseph .	1176

124238 Digitized by Google

Seite

Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum, von W. Gennerich 1195. 1230
*Über den Wert einzelner neuerer Heilmittel bei der Behandlung der Balanitis, von Nikolaus Hegedüs 1207
Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtorganismus durch Injektionen von Eigenserum, Eigenblut und Natrium nucleinicum, von Bodo Spiethoff 1227
Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), von Julius Fürth . . . 1251
Über die perkutane Anwendung des Lipojodin, von Julius Hochstätter 1255
Über eine andere Verwendung der Hämorrhoidalzäpfchen „Acetonal", von Wockenfuß 1258
IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Berlin, 29. September bis 1. Oktober 1913, von Ernst R. W. Frank 1258
Forschungsergebnisse über Psoriasis, von Jay Frank Schamberg, John A. Kolmer, A. J. Ringer und G. W. Raizies 1283
Lupoidähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen, von M. Oppenheim 1289
Histologische Untersuchung eines Falles von idiopathischer progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans), von Menahem Hodara 1307
Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren, von v. Notthafft 1339. 1366
Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhoica, von Hugo Hecht 1351
Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung der Papillitis nervi optici bei der Säuglingssyphilis, von S. C. Beck und M. Mohr 1363
Das Trichophyton gypseum asteroides und zwei neue Vertreter dieser Gruppe (Tr. g. griseum und radioplicatum), von W. Fischer 1395
XI. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, von G. Nobl. 1406. 1442
Sitzung des Lupusausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, von Lautsch 1411
Über die therapeutische Anwendung der Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten, von T. Aoki 1427
Kontraluesin zur Therapie der Syphilis, von Ed. Richter 1429
Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Julius Fürth: „Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin", von Ed. Richter 1438
Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen, von Julius Fürth 1441
Über die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln, von James Colman . . . 1459
Grundlagen und Varianten einer externen Jodtherapie, von Ig. Saudek 1463
*Trockene Behandlung der venerischen Geschwüre, von Eugen Jacques Goldberger 1468
Henri Tenneson †, von Sabouraud 1472
Die Behandlung der Impotenz mit Kollikuluskaustik, Hydrovibration und Organtherapie, von Dreuw 1491
Louis Wickham †, von Degrais 1508

Versammlungen.

Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 1322
Berliner Dermatologische Gesellschaft 794. 863. 981
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 806. 1078. 1180
VIII. Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Pathologie 960
Vereinigung der Ärzte des Mjassnitzki-Krankenhauses zu Moskau 1353
Dermatologische Gesellschaft in Odessa 958. 1235. 1271
XII. Pirogowscher Kongreß zu St. Petersburg 1007
Dermatologische Gesellschaft zu Rio de Janeiro 1037. 1413
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 801. 1178

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas 984. 1416
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 808. 1074. 1320. 1510
Annales des maladies vénériennes 810. 989. 1184. 1482

Digitized by Google

Seite

Archiv für Dermatologie und Syphilis 796. 1047. 1177. 1453
Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 1322
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 806. 1078. 1180
Clinica dermosifilopatica della Re. Universita di Roma 1100. 1416
Dermatologia 813. 894. 1008. 1156. 1295. 1357. 1512
Folia Urologica 817. 987. 1055. 1183. 1477
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 812. 1099. 1354. 1415
The British Journal of Dermatology 802. 967. 1052. 1210. 1383
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 803. 967. 1053. 1293. 1384
Journal d'Urologie médicale et chirurgicale 838. 1082. 1186. 1336. 1515
Lepra 963. 1319
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 801. 1178
The urologic and cutaneous Review 833. 987. 1327. 1360. 1478
" " " " " Technical Supplement 835
Revista española de Dermatologia y sifiliografia 1101
Revue clinique d'Urologie 1009. 1358
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires 1087. 1188. 1516
Sexualprobleme 865. 1183. 1323
Dermatologische Zeitschrift 799. 832. 962. 1132. 1238. 1509
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1325. 1387. 1477
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 1476
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie 1355
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 815. 894. 1156. 1295. 1511
Zeitschrift für Urologie 816. 833. 986. 1133. 1238. 1514
Zeitschrift für urologische Chirurgie 1323. 1386
Dermatologisches Zentralblatt 800. 983. 1177. 1475

Personalien: 850. 882. 906. 938. 994. 1026. 1058. 1090. 1114. 1146. 1250. 1282. 1306. 1338. 1362. 1394. 1426. 1458. 1490. 1522.

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Juli 1913 | Nr. 27 | Band 57

Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion".

Von

Dr. Franz v. Poór,

Priv.-Doz. für Dermatologie, Abteilungs-Chefarzt im Allg. Krankenhause St. Stephan in Budapest.

Es ist bekannt, daß die einzelnen Organe anatomisch neben dem Nerven- auch durch das Blutgefäßsystem verbunden werden. Durch das letztere kommt auch eine physiologische Verbindung zustande. Ein das physiologische Maß übersteigender Reiz übt nicht nur in dem Organ seine Wirkung aus, auf welches er direkt eingewirkt hat, sondern es können auch die Funktionen anderer, eventuell fernliegender Organe in diese Wirkung einbezogen werden. Starling und Bayliss wiesen nach, daß an gewissen Organen die gesteigerte funktionelle Tätigkeit auch dann ausgelöst werden kann, wenn vorher jede Nervenverbindung zerstört wurde. Die Reize können daher auch auf hämatogenem Wege zu den einzelnen Organen gelangen, ohne die Vermittlung der Nerven in Anspruch zu nehmen.

Die neueren Forschungen, Beobachtungen und Erfahrungen am Menschen, sowie Tierexperimente haben unser Wissen über die Beeinflussung von Organtätigkeiten ganz bedeutend erweitert und neue Ausblicke zutage gefördert. Es wurden Austauschtätigkeiten von Drüsen erwiesen, die Wechselbeziehungen der Drüsen zu anderen Organen aufgeklärt, Kenntnisse über Chemie der Sekrete selbst erweitert und wissenschaftlich gedeutet. Besonders viele bisher als neurogen angenommene Krankheitstypen konnten in Zusammenhang gebracht werden mit einer chemischen Wirkung der im Blute vereinigten Sekrete von teils normalen, teils pathologisch veränderten Drüsen (Thyreoidea, Hypophyse, Thymus, Nebenniere usw.). Die Richtung zieht ihre Konklusionen nicht aus willkürlich aufgestellten Theorien und Hypothesen, sondern aus exakten Versuchen und Beobachtungen, wobei die morphologischen, aus der anatomischen Ära übernommenen Veränderungen in Betracht gezogen werden.

Gewisse organische Funktionen werden durch solche chemische Substanzen ausgelöst, welche als Produkte anderer Organe durch den Blutstrom in das entsprechende

Digitized by Google

Organ gelangen. Die Produktion dieser chemischen Substanzen und die Abgabe derselben an die Blutbahn bildet die Prozesse, welche wir heute mit dem Namen der „inneren Sekretion" belegen. Biedl schreibt in seinem grundlegenden Handbuch über die innere Sekretion: „Jedes Organ, jedes Gewebe und in letzter Reihe jede Zelle des Organismus durch den eigenen Chemismus, durch spezifische Sekretionsprodukte unter Vermittlung des zirkulierenden Blutes auf die übrigen Teile einen bestimmenden Einfluß ausüben kann (chemische Korrelation)".

Diese physiologischen Substanzen, welche, in den Blutkreislauf gelangend, die chemische Verbindung zwischen den verschiedenen Organen vermitteln und auf andere, von der Entstehungsstelle eventuell weit entfernte Organe als die Zelltätigkeit steigernde, verringernde, verändernde oder hemmende Reize wirken, werden nach Bayliss und Starling Hormone, und alle Organe, welche Hormone produzieren, hormonerzeugende, innerliche Sekretion erzeugende oder endokrine Organe genannt. Es gehören aber nicht hierher diejenigen Organe, welche die morphologischen Bestandteile des Blutes erzeugen, also die Milz, Knochenmark, Lymphdrüsen.

Es ist unleugbar, daß jedes Organ chemische Substanzen produziert, z. B. die Muskeln erzeugen während ihrer Tätigkeit Milchsäure und CO_2, und diese chemischen Substanzen reizen das Atmungszentrum in der Medulla oblongata, doch sind die Meinungen noch geteilt, ob unter den die „innere Sekretion erzeugenden Organen" nur diejenigen aus Epithelzellen bestehenden Gebilde zu verstehen sind, welche sich von den anderen Drüsen nur dadurch unterscheiden, daß sie keinen Ausführungsgang besitzen, wie die Schilddrüse, akzessorische Schilddrüse, die Nebenniere mit ihrer epithelialen Rindensubstanz, die Hypophyse mit ihrem Drüsenteil und das Pankreas mit seinen intertubulären Zellgruppen, oder bei sonst irgend welcher Zelltätigkeit entstehende Substanzen, welche von Gley „Parhormone" genannt wurden. Biedl, dessen Arbeit sozusagen alles zusammenfaßt, was uns bis heute über die innere Sekretion bekannt ist und jedem, der sich mit diesen Fragen beschäftigt, unentbehrlich ist, hält diese Differenzierung heute noch nicht für durchführbar, und die meisten Autoren verstehen unter dem Begriff der Hormone vorläufig nur die Sekretion der vorher aufgezählten, keinen Ausführungsgang besitzenden, epithelialen Gewebe. Bezüglich dieser Drüsen begann in erster Reihe die erfolgreiche Forschung.

Die innere Sekretion kann sein eine Hyper- und Hyposekretion, wenn sie quantitativ, und eine Dyssekretion, wenn das Sekret qualitativ verändert ist, und sie kann neben der quantitativen Veränderung auch qualitativ verändert werden (Hyper- oder Hypodyssekretion), und es ist eine „negative Sekretion", wenn die sezernierende Tätigkeit des Organes durch irgend eine Ursache aufhört. Die Aufgabe der durch die innere Sekretion erzeugten Substanzen ist, gewisse im Organismus entstandene, im Darmtrakt resorbierte oder die abnormen Sekrete anderer endokriner Organe unschädlich zu machen, zum Teil zu ersetzen (kompensatorische Tätigkeit), die in die Zirkulation gelangten, für den Organismus schädlichen Substanzen, dadurch auch den Organismus zu entgiften, weiterhin das Gift in einzelnen Organen zu fixieren oder dasselbe zu einer unschädlichen Substanz zu gestalten, andererseits — und darin bilden sie einen dem Nervensystem physiologisch adäquaten Faktor (Münzer) — gewisse physiologische Reize zu übertragen und die in den einzelnen Organen aufgespeicherte potentielle Energie zu regulieren (Biedl).

Diese Aufgaben können die Produkte der inneren Sekretion natürlich nur dann erfüllen, wenn sie miteinander in physiologischem Gleichgewicht sind. Wie das Gleichgewicht durch die Veränderung, Ab- oder Zunahme oder Ausfall der Sekretion irgend eines endokrinen Organes gestört wird, entstehen gewisse Krankheitszustände. Bei der

Digitized by Google

Erhaltung des physiologischen Gleichgewichtes unterscheiden wir bei der heutigen wissenschaftlichen Auffassung nach Biedl: 1. eine rein hormonale Korrelation, wobei die Hormone durch die direkte chemische Einwirkung auf die verschiedenen Gewebe wirken; 2. eine hormoneurale Korrelation, wobei die Hormone indirekt durch Vermittlung des Nervensystems ihre Wirkung entfalten.

Die Krankheiten, welche durch die Störung des physiologischen Gleichgewichts entstehen, zeigen sich als Krankheiten des ganzen Organismus, dabei aber treten natürlich die morphologischen oder funktionellen Anomalien jenes Organs in den Vordergrund, welche zur Ausführung ihrer physiologischen Aufgabe eben der Wirkung dieser Hormone bedurft haben.

Unter den Hormonen ist heute verhältnismäßig am meisten bekannt die Wirkung des Schilddrüsensekrets, wenn es der Biochemie bisher auch nicht gelungen ist, ihre chemische Zusammensetzung genau aufzuklären. Diese Wirkung wurde durch eine lange Reihe von Tierversuchen und durch Erfahrungen beim Krankenbett und bei Autopsien aufgeklärt.

Als zweifellos thyreogenen Ursprungs erwiesen sich hauptsächlich zwei Krankheiten: der Morbus Basedowii und das Myxödem. Da uns die Hormonologie hauptsächlich in ihren Beziehungen zur Dermatologie interessiert, legen wir das Hauptgewicht bei unserem Studium natürlich auf das Verhalten der Haut, selbstverständlich ohne neben den entsprechenden Krankheiten den Hautsymptomen eine ausschließliche Wichtigkeit zuzuschreiben.

Hautveränderungen wurden gefunden bei der Basedowschen Krankheit, beim Myxödem, Akromegalie, Dystrophia adiposo-genitalis, und die Pigmentation der Haut bei Erkrankungen der Nebenniere ist direkt charakteristisch. Wenn jedes Organ — wie es zweifellos bewiesen wurde — gewisse chemische Substanzen an die Blutzirkulation abgibt, welche durch dieselbe in den ganzen Organismus gelangen und auch die Funktion der entferntesten Organe beeinflussen können und in dieser Weise auch pathologische Prozesse erzeugen können, wäre es gar nicht glaublich, daß diese Substanzen bloß auf die Haut keine Wirkung ausüben würden, und es ist nicht wahrscheinlich, daß dieser Einfluß nicht imstande wäre, solche Hautveränderungen zu erzeugen, von denen einzelne uns heute als genuine Hautkrankheitstypen von unbekannter Ätiologie bekannt sind. Die Anwesenheit einzelner Hautveränderungen bei organischen Erkrankungen, die mit der Veränderung der inneren Sekretion in zweifellosem kausalen Nexus stehen (Myxödem, Morbus Addisoni), wurde ganz sicher bestätigt.

Die Frage ist nun, ob einzelne genuine Hautkrankheitstypen bei dem heutigen Stand der Wissenschaft in kausalen Zusammenhang mit der inneren Sekretion gebracht werden

Digitized by Google

können, obzwar wir zurzeit noch über den Chemismus der dabei entstehenden Blutveränderungen noch im unklaren sind. Weiterhin, ob uns die Anatomie, Klinik und Anamnese solche Daten liefert, aus welchen man direkt oder per analogiam solche Schlüsse ziehen könnte, laut welchen die entsprechenden Hautkrankheitsvorgänge mit der pathologischen Veränderung der inneren Sekretion in kausalen Zusammenhang zu bringen wären.

Von den sämtlichen Organen, resp. endokrinen Drüsen bietet die Schilddrüse — wie oben erwähnt wurde — schon heute ein klares Bild über die Entstehung einzelner Krankheitsprozesse. Die Basedowsche Krankheit kann mit absoluter Gewißheit mit einer Hypertrophie und daraus entstehender Hypersekretion, das Myxödem mit einer Atrophie der Drüse in kausalen Nexus gebracht werden.

Diese beiden antagonistischen Erkrankungen — Basedow und Myxödem — eignen sich daher am besten dazu, daß wir deren Symptome mit den Symptomen anderer Krankheiten vergleichend auf dem Wege der Analogie Schlüsse zu ziehen versuchen.

Symptomengruppe bei Basedow	Symptomengruppe bei Myxödem
Thyreohyperplasie	Thyreoaplasie
Hyperthermie (häufig)	Hypothermie
Tachykardie	Bradykardie
Abmagerung	Verfettung
Gieriger Appetit	Appetitlosigkeit
Exophthalmus	Eingesunkene Augen
Psychische Reizbarkeit	Psychische Apathie, Beschränktheit bis zum Kretinismus.
Hyperidrosis	An- oder Oligidrosis
Die Haut ist fein, rötet sich leicht, gespannt, schwitzt leicht, besonders an der Handfläche, Fußsohle und Achselhöhle. Manchmal schließt sich an die Hyperidrosis eine Hyperkeratosis palmaris. Dermatitis, Pruritus, Haarausfall, manchmal Alopezie.	Die Haut ist auffallend blaß, trocken, runzelig, eigentümlich ödematös infiltriert. Subjektiv Frieren, objektiv eine auffallende Kälte der Haut und Mangel an Schweiß. Chronische banale Dermatitis, Pigmentationen, Haarausfall und frühes Ergrauen.

Die Hautveränderungen bei dem auf einem Hyperthyreoidismus beruhenden Basedow sind nicht spezifischer Art und werden nur patho-

Digitized by Google

gnomonisch, wenn man sie als Teile des Symptomenkomplexes in Betracht zieht. Ein in ausgesprochener Weise mit dem Hyperthyreoidismus in kausalem Nexus stehender genuiner Hautkrankheitstypus ist bisher nicht bekannt. Während die Hyperidrose bei der überwiegenden Anzahl der Fälle vorhanden ist, sind die in verschiedenem Grade auftretenden Pruritus, verschiedene Dimensionen annehmende banale Dermatitiden, Pigmentationen und einzelne Störungen der Keratinisation keine notwendige Folgen des Basedow, obwohl sie viel zu oft auftreten, als daß man sie ganz einfach für Koinzidenzien halten könnte. Päßler beobachtete unter 58 Fällen zehnmal, Grohmann unter 14 Fällen viermal Pigmentationen, Rösner ausgesprochene Urtikaria, Sidlo Erythem und Mannheim unter 41 Fällen bei 14 Kranken Haarausfall, der bis zur vollständigen Alopekie führte (Van t'Hoff). Hyde und Mc Even sahen unter 111 Basedowfällen („exophthalmic goitre") 49 Hyperidrosen, 15 Hautpigmentationen, 5 diffuse Sklerodermien („most of them generalised"), ausgedehnte Alopekien, Vitiligo, Urtikaria und Erythem. In neuester Zeit (1913) teilte Sabouraud zwei Fälle von ausgesprochenem Basedow mit Alopekie mit (Alopécie en aires, Pelade), weiterhin zwei ähnliche Veränderungen bei Kindern, deren Mutter an Basedow leidet und einen Fall bei einem Hyperthyreoidismus (Kropf), wo die Symptome des Basedow fehlten. Sabouraud bringt einen Teil gewisser chronischer Alopekien in direkten kausalen Nexus mit dem Basedow und zeigt daraufhin, daß einzelne Alopekien parallel mit anderen Erscheinungen des Basedow sich verschlimmern oder bessern.

Von den Hautveränderungen bei Basedow verdient erwähnt zu werden der Fall von Nékam, welche im Jahre 1901 aus seiner Spitalsabteilung von Szatmári publiziert wurde. Bei dem Kranken war neben unerträglichem Jucken, Tachykardie, Hyperthermie geringen Grades, Olipohidrosis und Exophtalmus, die ganze Haut besät mit trockenen, hanfkorngroßen, weißlich verfärbten, über die Haut erhabenen, sich hart anfühlenden Papeln, am Bauch und Unterschenkel zahlreiche durch Kratzen verursachte Epithelerosionen. Die Nägel sind durch das fortwährende Kratzen abgewetzt und glänzend.

Viel charakteristischer, wie die Hautveränderungen bei Basedow sind dieselben bei der genuinen Athyreose, dem Myxödem und der Cachexia thyreopriva, während dieselben weniger permanent und ausgesprochen sind bei der Hertoghe'schen hypothyreoide benigne chronique und bei den sogenannten „fusten" Formen des Myxödems (Sänger). Wie beim Myxödem, ist auch bei der Cachexia thyreopriva gesteigerter Haarausfall, Trockenheit der Epidermis mit sekundärer Dermatitis vorhanden.

Wenn wir das klinische Bild der Hautveränderungen beim Myxödem

Digitized by Google

betrachten, fällt uns die Analogie derselben mit einer alltäglichen, sozusagen physiologischen Veränderung der Haut, der senilen Involution und die Analogie mit einer anderen, seltenen Hautkrankheit, dem Xeroderma pigmentosum Kaposi auf.

Im vorgeschrittenen Alter bilden die Trockenheit der Haut, Ausfall der Haare und Zähne, Abnahme der Schweißabsonderung, Trägheit des Stoffwechsels, sinken der Körpertemperatur und die bemerkbare Degeneration der psychischen Fähigkeiten solche Erscheinungen, welche für das Alter ebenso wie für das Myxödem charakteristisch sind, so daß einzelne Autoren der Auffassung Ausdruck gaben, daß das Myxödem eigentlich nichts anderes ist, als das durch die Atrophie der Schilddrüse frühzeitig eingetretene Alter, eine frühe senile Involution des Organismus.

Es ist zweifellos, daß im Alter, wenn die charakteristische Veränderung der Haut, die wir Atrophia cutis senilis nennen, eintritt, auch die Organe der inneren Sekretion sich zurückbilden. Die Schilddrüse ist z. B. bei Neugeborenen und Kindern verhältnismäßig schwerer und verhält sich bei ihnen zum Körpergewicht, wie 1 : 200—400; bei Erwachsenen hingegen, wie 1 : 1800 (Mihálkovics). Horsley betont auch, daß die Schilddrüse im Verhältnis zum fortschreitenden Alter atrophiert. Ebenso wechselt auch die Größe und damit die Funktion der übrigen endokrinen Organe in den verschiedenen Jahren des menschlichen Lebens, was auf die unendliche Komplikation der inneren Sekretionen hinweist. Es ist daher nicht nur die Atrophie der Schilddrüse, sondern auch der anderen endokrinen Organe für das Alter charakteristisch, so daß die sogenannte Alterskachexie nicht ausschließlich durch die Atrophie des Darmtraktes bedingt ist wie es früher behauptet wurde, sondern neben anderen organischen Veränderungen (z. B. Nervensystem usw.) auch mit der Abnahme oder teilweisen Ausfall der inneren Sekretion zusammenhängt, wie es auch Loband feststellt.

Es gibt aber noch eine Krankheit, bei welcher die Hautveränderungen auch klinisch in nahen Nexus gebracht werden können mit dem Myxödem, wie auch mit der Hautaffektion der Atrophia cutis senilis und dies ist — wie bereits erwähnt — das Xeroderma pigmentosum Kaposi resp. dessen pigmentiertes atrophisches Stadium.

Im frühen Kindesalter, manchmal in den späteren Jahren treten auf der Haut umschriebene oder diffuse Pigmentierungen von verschiedenem Umfang, später atrophische Stellen auf, zwischen welchen die Haut trocken, pergamentartig gerunzelt erscheint und dermaßen an die senile Involution erinnert, daß schon Kaposi, der die Krankheit zuerst beschrieb, dieselbe als eine „Senilitas praecox" auffaßte. Nach langem Bestehen des atrophischen Stadiums treten an Warzen erinnernde, maligne Tumoren manch-

Digitized by Google

mal in exzessiver Zahl auf und der Kranke geht endlich an den multiplen Karzinomen zugrunde. In diesem Stadium interessiert uns nur der dem Karzinom vorausgehende, pigmentierte und atrophische Zustand der Erkrankung, da eigentlich dieser das Wesen der Krankheit bildet und die Karzinose nur sekundär durch eine im Wesen unbekannte Disposition der erkrankten Haut zum Grundübel hinzutritt.

Unsere Meinung, daß diese Erkrankung tatsächlich zur senilen Atrophie der Haut nahe steht, wird bestätigt durch die Fälle, bei denen das Xeroderma pigmentosum im hohen Alter auftrat. Riehl sah dieselbe im Alter von 60 Jahren, Kaposi 64, Matzenauer 66, Herxheimer-Hildebrand 72 Jahren auftreten. Unserer Meinung nach beweisen diese Fälle auch, daß das Xeroderma nichts anderes ist, als das Bild einer gesteigerten senilen Involution bei jungen Personen, doch kann diese gesteigerte senile Involution durch manche Individuen in physiologischer Weise auch im Alter erreicht werden. Daran schließt sich dann später eine Disposition zur Karzinose an, infolge des in der Haut enstandenen degenerativen Zustände.

Doch nicht nur im klinischen Auftreten der erwähnten drei Hautkrankheiten, sondern auch in dem histologischen Bilde der anatomischon Veränderungen glauben wir so viel Übereinstimmendes zu entdecken, daß wir hieraus allein schon mit großer Berechtigung die ähnliche Natur der die Veränderungen erzeugenden Noxen erfolgen könnnen.

Bei dem Myxödem, wie auch bei der Atrophia cutis senilis und Xeroderma pigmentosum können wir einen eigentümlichen degenerativen Prozeß in der Kutis beobachten, welcher die elastischen und kollagenen Gewebe verändert. Die Quellung der elastischen Fasern, die Verschmälerung der kollagenen Fasern, im Falle Casparys von Myxödeme sogar ein fast völliger Schwund des kollagenen Gewebes, die Basophilie beider Gewebe und deren Umgestaltung zu einer homogenen, hyalinartigen Masse (Neumanns „glasartige Verquellung", „senile Verschrumpfung") ist für jede dieser Hautveränderungen charakteristisch. Zur Beleuchtung der einzelnen Produkte in den verschieden Phasen des Prozesses wandten die Autoren die Bezeichnung „Kollazin", „Elazin", „basofiles Kollagen", „Kollastin" und für das strukturlose letzte Produkt „Kolloid" an. (Unna, Schmidt, Reizenstein, Krzystalowicz usw.) Die auffallende Ähnlichkeit, welche zwischen dem Xeroderma pigm. und der senilen Hautatrophie besteht, bewog auch Löwenbach, die intuitive Beobachtung von Kaposi, laut welcher er das Xeroderma als eine „Senilitas praecox" der Haut auffaßte, auch durch den histologischen Befund zu bestätigen. Löwenbach schreibt nämlich: „Unsere

Digitized by Google

Befunde aus dem eigentlichen ‚xero'-dermatischen, atrophischen Stadium scheinen diesbezüglich von Wichtigkeit zu sein, denn sie liefern Bilder, die qualitativ identisch mit den als „senile Degeneration" beschriebenen Zuständen, nur quantitativ stärker ausgeprägt erscheinen."

Wenn wir Unnas histologischen Befund der myxödematösen Haut als Richtschnur nehmen, finden wir nur quantitative Unterschiede zwischen den Hautveränderungen bei Myxödem und bei Atrophia cutis senilis, ebenso, wie zwischen dem atrophischen Stadium des Xeroderma pigmentosum und der senilen Degeneration der Haut. Laut der Anatomie reihen wir gradualiter an das Myxödem die ausgesprochene Atrophia cutis senilis, während der exzessive Grad der qualitativ identischen Veränderungen durch das Xeroderma pigmentosum gebildet wird. Es wird also die qualitative Gleichmäßigkeit der morphologischen Genese der drei Hautaffektionen durch die Klinik, wie auch durch die Pathohistologie demonstriert. Das gleichzeitige Auftreten des Myxödemes mit dem Hypothyreoidismus, der senilen Involution der Haut mit der Atrophie der endokrinen Drüsen wurde bei Sektionen bestätigt, bloß bei den zur Obduktion gelangten Fällen von Xeroderma pigmentosum konnte bisher keine gleichzeitige Veränderung der endokrinen Gewebe konstatiert werden. Doch muß bemerkt werden, daß bei den bisherigen Sektionen auf die Untersuchung der Schilddrüse, Hypophyse, Thymus usw. kein Gewicht gelegt wurde, wenigstens sind in den mitgeteilten Sektionsprotokollen über den Zustand dieser Organe keine genauen Aufzeichnungen zu finden. Andererseits ist auch ohne morphologische Veränderung der Organe eine chemische Veränderung des erzeugten Drüsensekretes denkbar.

Dieser Analogie gegenüber könnte bemerkt werden, daß während die senile Degeneration und das Myxödem auf der Haut in diffuser Weise auftritt, bei dem Xeroderma die Veränderungen in erster Reihe auf den Hautpartien auftreten und später nach der Generalisation auf denselben am intensivsten bleiben, welche dem Einfluß der Sonnenstrahlen am meisten ausgesetzt waren. So am Gesicht, Hals, Händen, bei barfußgehenden an den Unterschenkeln und besonders bei solchen Individuen, die infolge ihres Berufes den intensiven Sonnenstrahlen besonders ausgesetzt waren (daher die Benennung „Matrosenhaut" von Unna).

Eine ähnliche Wirkung der Insolation wurde bei der senilen Hautatrophie und dem Myxödem tatsächlich nicht beobachtet. Dies spricht aber unserer Meinung nach nicht dagegen, daß die Ätiologie der Erkrankung auf der endokrinen Sekretion beruht und wir erwähnen hier die interessante Beobachtung von Wedding. Dieser teilt mit, daß mit Buchweizen gefütterte Kühe und Schafe nach einer intensiven Insolation einen Aus-

Digitized by Google

schlag bekamen, doch nicht in gleicher Weise, denn die dunkler pigmentierten Tiere blieben von dem Ausschlag frei und derselbe trat um so intensiver auf, je heller das Tier war. Im Dunkeln blieben die Tiere verschont. Von Interesse ist, daß der Ausschlag nur dann auftrat, wenn die Tiere mit Buchweizen gefüttert wurden. In diesem Fall also wurde die Hautdisposition durch die auf dem Wege des Darmtraktes in die Blutzirkulation gelangten chemischen Substanzen erzeugt, während als auslösende Ursache die Sonnenstrahlen fungierten. Ebenso kann es auch bei dem Xeroderma der Fall sein, daß die in die Zirkulation gelangten Produkte der Dyssekretion der inneren Drüsen, welche chemisch von den Produkten der beiden anderen Krankheiten verschieden sein können, die Haut dazu prädisponieren, daß die Insolation auf die Bildung der Pigmentationen einen Einfluß ausüben kann. Dafür sprechen auch die Oxydationsprozesse, welche für die Melanodermie der Addisonschen Erkrankung charakteristisch sind und die wir später besprechen werden. Daß also das Xeroderma pigmentosum nicht in diffuser Weise auf der ganzen Körperfläche auf einmal auftritt, sondern an den den Sonnenstrahlen ausgesetzten Teilen beginnt, spricht nicht gegen den endokrinen Ursprung der Erkrankung.

Es könnte noch bemerkt werden, daß — wie es die Literatur demonstriert — das Xeroderma, wenn es auch nicht hereditär ist, doch zu oft bei mehreren Mitgliedern einer Familie — besonders Geschwistern — auftritt und mit Vorliebe bei solchen Kindern, deren Eltern durch Konsanguinität verbunden sind (Forster). Dies spricht aber nicht gegen die Anomalien der endokrinen Organe, sondern eher dafür. Die viel umstrittenen Fragen des Hereditarismus sind in einem Punkte bereits einig, daß die erworbenen Eigenschaften — darunter die Infektionskrankheiten — nicht germinativ vererbt werden, sondern höchstens die Disposition dazu. Selbst bei der kongenitalen Syphilis wird die germinative Übertragung in Frage gestellt, und die meisten Autoren kennen nur eine postkonzeptionelle Übertragung an. Demgegenüber können die anatomischen Difformitäten — wie es auch die Difformitäten der endokrinen Organe sein können — von den Eltern auf die Nachkommen vererbt werden. Es ist daher nicht ausgeschlossen, daß die Xerodermakranken eine morphologische oder vielleicht nur eine funktionelle Difformität irgend eines solchen Organes geerbt haben können.

Natürlich kann im Mangel der Kenntnisse über den Chemismus dieser Sekrete der Organe und speziell bei dem Xeroderma wegen Mangel der eingehenden Untersuchung dieser Organe bei den Obduktionen, heute noch nicht exakt bewiesen werden, doch kann aus dem klinischen Verlauf und den anatomischen Veränderungen dieser Hautkrankheiten als wahrscheinlich angenommen werden, daß ebenso wie

Digitized by Google

das Myxödem, auch die Atrophia senilis cutis und das Xeroderma pigmentosum Kaposi mit den quantitativen oder qualitativen Veränderungen der inneren Sekretion im kausalen Nexus stehen.

Eine weitere Erkrankung, zu deren kausalen Nexus mit den endokrinen Organen, speziell der Schilddrüse, immer mehr Daten sich anhäufen, ist die Sklerodermie. Ich will bemerken, daß wir hier nur die generalisierende, diffuse, progrediente Sklerodermie („sclérodermie oedémateuse de Hardy") in Betracht ziehen und das Sklerem der Neugeborenen und die sog. Dermatoscleroses en bandes, Sklerodaktylie, Morphäa ausschließen, ohne aber in dem Punkte ihrer Zusammengehörigkeit mit der erwähnten Erkrankung Stellung zu nehmen.

In der ätiologischen Auffassung der Sklerodermie sind drei Richtungen zu erkennen, während die vierte im Entstehen begriffen ist. Unter diesen ist die neuropathologische Auffassung die verbreitetste. Die meisten Autoren suchen mit Hallopeau, Kaposi, Lewin und Heller die Ursache der Erkrankung im zentralen oder peripheren Nervensystem und es gibt kaum eine Nervenanomalie, mit welcher die Sklerodermie von einzelnen Autoren nicht in Zusammenhang gebracht worden wäre. Die meisten aber reihen sie in die Gruppe der „Angiotrophoneurosen". Die parasitäre Theorie, welche besonders von Hoppe-Seyler vertreten wurde, zählt heute mehr keine Anhänger.

Der Standpunkt eines idiopathisch entzündlichen Zustandes ist vom ätiologischen Standpunkte aus zwar bequem, doch ganz ohne Bedeutung, denn er kann wohl die lokale Genese der Hautveränderung erklären, doch gibt er zur Erkennung des kausalen Nexus keinen Anhaltspunkt. Es ist ein Folgezustand, doch keine Ursache der Erkrankung.

Im Zeitpunkte ist die letzte die Auffassung, welche sozusagen erst in den letzten Tagen erschien und welche die Sklerodermie mit den morphologischen und von da herrührenden funktionellen Veränderungen der endokrinen Drüsen und in erster Reihe der Schilddrüse in Zusammenhang bringt.

Leube war der erste, der schon im Jahre 1875 auf das gemeinschaftliche Auftreten der Basedowschen Krankheit und der Sklerodermie hinwies. Ihm folgten Gutteling, St. Marie, Kahler, Millard, Kowalewski. Jeanselme spricht im Jahre 1895 schon die Hypothese aus, daß die Sklerodermie vom Basedow abhängen kann oder beide Krankheiten durch dieselbe Ursache hervorgerufen werden können, für welche Ursache er die Anomalien der Schilddrüse betrachtet. Osler beschreibt neben einer Sklerodermie Exophthalmus, charakteristische Struma und 130—160 Pulsschläge. Ebenso hat auch Beer Exophthalmus und

Digitized by Google

Tachykardie beobachtet. Am interessantesten sind aber die Fälle, die ganz bis zur Obduktion in Beobachtung standen. Natürlich ist die Zahl dieser Mitteilungen wegen der Seltenheit dieser Krankheit ziemlich gering. Lewin und Heller konnten in ihrer ausführlichen Monographie bis zum Jahre 1895 nur 28 Obduktionen aus der Literatur zusammenstellen. Leider aber dehnen sich die älteren Sektionsprotokolle nicht auf den Zustand der inneren Drüsen aus und nur die neueren legen Gewicht darauf. Unter den älteren finden sich bei Auspitz vom Jahre 1863, einige diesbezügliche Aufzeichnungen. Auspitz teilt einen Fall von Sklerodermie mit einer diffusen, dunkelbraunen Verfärbung der ganzen Haut mit: er hielt zwar den ganzen Prozeß für eine Stase der Blutgefäße, doch zeigte die Obduktion neben einer Intaktheit der Nebennieren eine Vergrößerung und kolloide Degeneration der Schilddrüse. Die neueren Obduktionen schließen sich an die Fälle von Singer, Hektoen und v. Notthafft.

In dem Fall von Singer führte Weichselbaum die Obduktion aus. „Der linke Seitenlappen der Schilddrüse von gewöhnlicher Größe, der rechte bedeutend kleiner, ihre Substanz grobkörnig, dunkelbraun, in beiden Lappen einzelne verkalkte Knoten." Der histologische Befund nach Störk: „In beiden Schilddrüsenlappen starke Vermehrung des Bindegewebes, besonders in der rechten Hälfte ausgedehnte schwielige Verödung."

Hektoen teilt einen Fall von diffuser Sklerodermie mit dem Obduktionsbefund mit. Die Sektion ergab neben der Sklerodermie eine Atrophie der Schilddrüse und unter anderem die Erscheinungen der Tuberkulose. Der histologische Befund konstatierte eine diffuse Sklerose des Schilddrüsenstromas, eine Verdickung der Intima der in der Drüse und deren Umgebung befindlichen Arterien, stellenweise eine gänzliche Obliteration des Lumens derselben, in den tieferen Schichten und in der Media stellenweise verkalkte Herde, die Ausdehnung einzelner Follikel und durch Schwinden der Zwischenwand bedingte unregelmäßige Räume, die Vergrößerung des Drüsenteiles der Hypophyse (kompensatorische Hypertrophie). Auch Hektoen sieht die Ursache der Sklerodermie in den Veränderungen der Schilddrüse.

In dem Fall von v. Notthafft bestand auch eine ausgesprochene, diffuse Sklerodermie der Haut, und die Obduktion (Bollinger) zeigte eine auffallend verkleinerte Thyreoidea ohne makroskopischer Veränderung. Histologisch erwies sich das Drüsenparenchym als normal, während im Bindegewebe rundzellige Infiltrationen und eine Verdickung der Bindegewebssepta beobachtet werden konnte.

v. Notthafft nimmt Stellung gegen den kausalen Zusammenhang

Digitized by Google

der Sklerodermie mit den Schilddrüsenanomalien und bringt gegen die Schilddrüsentheorie folgende Gründe auf: 1. Die schwersten Schilddrüsenveränderungen können beobachtet werden, ohne daß der Kranke im Anschluß daran eine Sklerodermie hätte. 2. Die Sektionsprotokolle der Sklerodermie demonstrieren, daß die Bindegewebsschrumpfung sich nicht auf die Haut und Thyreoidea allein beschränkt, sondern sozusagen sämtliche Organe betrifft, es kann daher die Sklerodermie nicht den in der Thyreoidea ablaufenden interstitiellen Prozessen zugeschrieben werden.

Demgegenüber haben wir folgendes zu bemerken: 1. Daß das Krankheitsbild der Sklerodermie sich nicht bei jeder Schilddrüsenveränderung entwickelt, beweist noch nicht, daß die Ursache der Krankheit nicht in der Glandula thyreoidea ist, denn auch der Basedow — dessen exquisit thyreogene Natur auch v. Notthafft nicht bezweifelt — demonstriert nicht in allen Fällen die Gesamtheit des Symptomenkomplexes. Wie oft fehlt z. B. der Exophthalmus oder ein anderes Symptom, abgesehen von der sogenannten „forme fruste" des Basedow. An die tuberkulösen Erkrankungen der verschiedenen Organe schließt sich verhältnismäßig selten eine tuberkulöse Erkrankung der Haut, doch fällt es heute schon keinem ein, daraus z. B. gegen die tuberkulöse Natur des Lupus zu schließen. 2. Daraus, daß Basedow und Sklerodermie verhältnismäßig nicht selten, jedenfalls aber häufiger, als daß man eine einfachen Koinzidenz voraussetzen könnte, miteinander auftreten, kann man tatsächlich noch nicht in zweifelloser Weise auf einen kausalen Nexus schließen, es ist sogar auffallend, daß Singer, Hektoen und v. Notthafft bei der Obduktion eine im ganzen oder in einem Lappen verkleinerte Schilddrüse fanden, während doch — wie bekannt — für den Basedow morphologisch eine Hypertrophie und folglich eine Hyperfunktion charakteristisch ist. Die Verkleinerung der Schilddrüse, besonders des Drüsenparenchymes, entspricht einer Hypofunktion der Drüse, was nicht auf den Basedow, sondern eher auf ein Myxödem hinweist. Singer zog auch in der Besprechung seines Falles eine interessante Parallele zwischen der Sklerodermie und dem Myxödem. Und es kann auch nicht bestritten werden, daß zwischen dem ödematösen Stadium der Sklerodermie und der Hautschwellung bei Myxödem eine zweifellose klinische Ähnlichkeit besteht. Doch ist in dem histologischen Befunde sämtlicher Fälle von Singer, Hektoen und v. Notthafft darauf hingewiesen, daß das Bindegewebsstroma der Schilddrüse hochgradig hypertrophiert ist und wir können es nicht für ausgeschlossen halten, daß die bei der Obduktion schon atrophiert gefundene Schilddrüse oder Schilddrüsenteil in einem früheren Stadium der Krankheit viel größer, sogar hypertrophiert sein konnte

Digitized by Google

und das Drüsenparenchym erst später, unter der Einwirkung der Bindegewebswucherung, atrophisch geworden war. Und war die Schilddrüse früher morphologisch größer, oder sogar in ihrem Parenchym hypertrophisch, dann mußte sie auch eine Hyperfunktion ausüben und konnte daher in den früheren Stadien der Krankheit die Symptome des Basedow auslösen. So glauben wir die Tatsache erklären zu können, daß im ersten Stadium der Erkrankung die Symptome zum Basedow neigen, während später eher die einer Hypofunktion der Thyreoidea entsprechenden Veränderungen auftreten. Für diese Auffassung spricht auch der Fall von Schäffer-Neisser, wo gleichzeitig mit dem Schwinden der Struma die Sklerodermie der Haut begann.

Wie konstatiert werden kann, geben die wenigen Sektionsbefunde neben dem unbekannten Chemismus des Sekretes der endokrinen Drüsen zu schwankenden Meinungen Veranlassung, doch ist es zweifellos, daß wenn ein so seltener Krankheitstypus, wie die Sklerodermie sich verhältnismäßig oft an Krankheiten, welche einen Folgezustand der Funktionsveränderung der endokrinen Drüsen bilden, anschließt, mit denselben sich sogar verknüpft (der Fall von Schäffer-Neisser) und wenn das klinische Bild der Hautkrankheitstypen durch eine primäre Erkrankung, wenn auch morphologisch nicht identischer, doch derselben Gewebe (Bindegewebe) gebildet wird, welche bei Erkrankungen ausgesprochen endokriner Natur — wie das Myxödem — primär angegriffen zu sein pflegen, und da laut der übereinstimmenden Bestätigung neuerer Sektionsprotokolle die endokrinen Organe (speziell die Thyreoidea) auch morphologisch verändert gefunden wurden, kann wenigstens als wahrscheinlich behauptet werden, daß in der Pathologie der Sklerodermie den pathologisch veränderten Hormonwirkungen eine Rolle zufällt, jedenfalls mit mehr Recht, als daß man diese Krankheit in die nicht besonders große pathologische Dignität besitzende Gruppe der „Angiotrophoneurosen" einreiht. Daß diese Einreihung keine starke Basis besitzt, erkennt auch Kaposi, der sich zur neurogen Auffassung bekannte, an, indem er folgendes sagt: „Man ist gedrängt eine vom Zentralnervensystem influenzierte trophische Störung als entfernte Ursache der Krankheit anzunehmen, obwohl eine solche materiell nicht erwiesen werden konnte."

Wir haben zweifellose Beweise dafür, daß nicht nur im Zusammenhang mit der funktionellen Veränderung der Schilddrüse, sondern auch der Hypophyse gewisse charakteristische Veränderungen im Organismus entstehen. So produziert die Anomalie der Hypophyse einen ausgesprochenen Krankheitstypus in der Akromegalie. Auf die Besprechung des Krankheitsbildes können wir an dieser Stelle nicht eingehen, wir bemerken bloß, daß ihr Wesen — wie dies Marie schon im Jahre 1886 feststellte — in einem die physiologischen Grenzen weit überschreitenden pathologischen Wachstum

Digitized by Google

des Skelettes oder einzelner, besonders distaler Knochenteile besteht. Schütte sammelte die Sektionsbefunde von 49 Fällen, darunter war der Hypophysenbefund in 32 Fällen beschrieben, wobei in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine ausgesprochene morphologische Veränderung (Hypertrophie, Adenom, Gliom, Sarkom, zystöse Degeneration) tatsächlich konstatiert werden konnte, woraus auch eine Veränderung der Funktionen der Hypophyse angenommen werden konnte. Die Haut kann dabei normal sein, doch sind mehrere Fälle beschrieben, wo auch dieselbe an den Veränderungen teilnimmt. Verstraeten und Arnold beschreiben Verrucae, Fritsche und Klebs Fibromata mollusca, Dallemagne Xanthom und Schultze Keloidbildungen, während Arnold gesteigerte Hautpigmentierungen im Gefolge der Akromegalie erwähnt. Marie und Marinesco wie auch Albert heben bei der histologischen Untersuchung der Haut besonders die Starrheit und Zunahme des Bindegewebes, die Ektasie der Hautdrüsen hervor. Bei den erwähnten Hautaffektionen ist es höchst wahrscheinlich, daß die Veränderung der interstitiellen Gewebe durch dieselbe Ursache — also eine qualitative oder quantitative Veränderung der durch die Hypophyse erzeugten Hormone — erzeugt wird, doch geben die Affektionen der Haut bisher keine Gelegenheit, dieselben mit irgend einer spezifischen Hautkrankheit in kausalen Nexus zu bringen. Das nicht konstante Auftreten der Verrucae, Fibromta mollusca, Xanthome bei der Akromegalia kann nur als Koinzidenz betrachtet werden. Und wie bei der Akromegalie, konnte auch bei ihrem Antagonisten, der auf einer Hypofunktion der Hypophyse beruhenden Dystrophia adiposo genitalis (Hypopituitarismus) bisher kein kausaler Zusammenhang mit spezifischen Hautkrankheitstypen demonstriert werden.

Die am längsten mit einer Veränderung der endokrinen Organe in kausalen Nexus gebrachte, mit eigentümlichen Hautaffektionen einhergehende Krankheit ist die Addisonsche oder Bronzekrankheit.

Auf die Symptomengruppe der akuten Einstellung der Nebennierenfunktion machte zuerst Virchow aufmerksam. Diese durch eine profuse Blutung der Nebenniere erzeugte Erkrankung, welche durch ein Trauma, Thrombose oder Embolie bedingt ist, wird durch heftige Schmerzen in der Bauchgegend, peritonealen Kollaps, rasch zum Exitus führenden Koma und Konvulsionen charakterisiert.

(Schluß folgt.)

Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen.

Von

Dr. Carl Stern,

Direktor der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Die unter obigem Titel in Nr. 14 u. 18 d. W. von A. Strauss beschriebene Anwendung konzentrierter Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninjektionen ist absolut identisch mit der auf meiner Klinik seit Anfang 1912 in Gebrauch befindlichen und mehrfach bekanntgegebenen Methodik. Die Technik ist hier zuerst von meinem damaligen Assistenten Hrn. Kollegen Hecker angewandt und von uns an Tausenden von Injektionen erprobt und ausgebildet. Auf der Naturforscherversammlung in Münster, Sept. 1912,

Digitized by Google

auf der Hr. Strauss anwesend war, habe ich am 19. in Abteilung 28 gelegentlich meines Vortrages über Salvarsan und Neosalvarsan die Technik mitgeteilt. (cf. Ref. dieser Wochenschrift, 1912, Nr. 48, Seite 1474.) Die Methodik ist ferner in meinem Novemberkurs den Kollegen demonstriert und auf der Herbstversammlung der Südwestdeutschen Dermatologen in Frankfurt in Gegenwart von Exz. Ehrlich von Hrn. Kollegen Loeb-Mannheim, der sie bei mir gesehen hatte, anerkennend geschildert worden. Des weiteren habe ich in Nr. 13 der Münchener med. Wochenschrift, 1913 die Technik ausführlich geschildert und Hrn. Strauss einen Sonderabdruck zugehen lassen. Ob wirklich Duhot der erste war, der diese Technik anwandte, läßt sich nicht feststellen, Hr. Strauss hat nur eine höchst überflüssige Nadel angegeben, die das Verfahren nur kompliziert. Alles andere ist längst vor ihm angewandt und ausführlich bekanntgegeben.

Erwiderung.

Von

Dr. A. Strauss, Barmen.

1. Zum Artikel des Hrn. Stern stellte bereits die Redaktion der Münch. med. Wochenschr., in der er seine Methode veröffentlichte, in Nr. 14, 1913 fest, daß die von Stern beschriebene Methode schon von Duhot am 1. Febr. 1913 in der Revue Belge d'Urologie et de Dermatosyphiligraphie publiziert wurde und daß ihr der Artikel Duhots vorliege.

2. In Nr. 14 der Dermatologischen Wochenschrift habe ich mitgeteilt, daß schon vor mir Ravaut und Duhot über eine ähnliche Art der Einverleibung des Salvarsans berichtet hätten.

3. Diese Mitteilung stützt sich auf einen Brief von Exz. Ehrlich, in dem er erwähnt, daß auch von Ravaut-Paris und später von Duhot-Brüssel Mitteilungen über intravenöse konzentrierte Neosalvarsanlösungen vorlägen und daß auch diese sehr zufrieden seien.

Also auch Ehrlich, der in der Sitzung vom 19. Sept. in Münster Ehrenvorsitzender war, erwähnt mir gegenüber nicht Stern, sondern Ravaut und Duhot.

4. In der Sitzung vom 19. Sept. in Münster war ich nicht anwesend. Ich hatte Münster bereits verlassen. Die Mitteilungen des Hrn. Stern waren mir ebenso unbekannt wie der Inhalt seiner in Düsseldorf abgehaltenen Kurse, der nie zu meiner Kenntnis gelangt ist. Seine Veröffentlichung erfolgte in derselben Woche wie die meinige. Sie wurde mir erst, nachdem mein Artikel erschienen war, durch einen Sonderabdruck bekannt, den mir Hr. Stern zusandte.

5. Mit Entrüstung weise ich die Unterstellung des Hrn. Stern zurück, als ob ich von seiner Methode vor der Veröffentlichung seines Artikels gewußt hätte.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Mai 1913.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Charlottenburg.

1. E. Lesser spricht über **postkonzeptionelle Syphilis** im Anschluß an folgende Beobachtungen: Mutter verblassendes makulo-papulöses Syphilid (1. Exanthem). Primäraffekt nicht aufzufinden (wie im Puerperium häufig). Starke Leistendrüsenschwellung seit einigen Wochen vor der Entbindung. Infektion erfolgte etwa $2^1/_2$—3 Monate ante partum, Kind, heute 20 Tage alt, reif und gesund geboren, jetzt geringe Schwellung über dem Scheitelbein. WR. bei der Mutter stark positiv, beim Kinde noch heute völlig negativ. Die früher allgemein gültige Annahme einer paternen, germinativen, hereditären Syphilis ist durch Matzenauers Untersuchungen stark erschüttert worden. Schon aus biologischen Gründen ist die Annahme einer paternen Infektion abzulehnen, da eine Weiterentwicklung der Frucht bei der Störung durch Spirochäten unmöglich scheint. Wir müssen vielmehr annehmen, daß die Übertragung von der Mutter her durch die Plazenta auf das bis dahin gesunde Kind erfolgt.

Trinchese ermittelte, daß die Ansteckung zumeist in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft statthat. Der Abort kommt demnach seltener zu Lasten der Syphilis im Gegensatz zum Partus praematurus. Die Infektion wird um so eher eintreten, je länger der Fötus der mütterlichen Syphilis unterliegt; umgekehrt kann das Kind der Infektion entgehen, wenn die Mutter erst in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft infiziert wird. Wenn das Kind aber syphilisfrei geboren wird, so ist diese Feststellung von größter praktischer Tragweite. Wir dürfen unter diesen Umständen das Kind nicht durch die syphilitische Mutter nähren lassen; wir dürfen das Kind auch nicht durch Saughütchen trinken lassen, da wir durch Uhlenhuth wissen, daß die Milch das syphilitische Kontagium enthalten kann. Heutzutage sind wir durch die Serumreaktion in der Lage, die Frage, ob das Kind ebenfalls syphilitisch ist, mit einiger Sicherheit zu beantworten. Aber trotz der Wassermannschen Reaktion bleiben bisweilen Zweifel übrig. Die Reagine können auf das Kind übergehen, ohne daß das Kind selbst syphilitisch ist. Wechselmann beobachtete zwei Fälle, wo erst zwei bis drei Monate post partum die Reaktion positiv wurde.

F. Lesser. Eine syphilitische Plazentarerkrankung muß vorangegangen sein, nur in diesem Falle gehen die Spirochäten auf das Kind über. Handelt es sich um frische Lues der Mutter, so kann sich jederzeit eine syphilitische Plazentarerkrankung ausbilden; ist die mütterliche Syphilis älter, so wird auch seltener eine Übertragung auf das Kind statthaben, weil eben die Plazentarerkrankung seltener wird. Bei dem vorgestellten Kinde kann die Reaktion noch positiv werden; vielleicht sind schon Immunstoffe übergegangen, die das Positivwerden der Reaktion verzögern. Die Annahme, daß Reagine von der stark positiv reagierenden Mutter auf das Kind übergehen können, muß verneint werden, da die Reagine in dem Organismus, in dem sie gefunden werden, auch erzeugt werden. Das Profetasche Gesetz, wonach von syphilitischen Müttern gesund geborene Kinder syphilisimmun sind, bestehen nicht zu Recht, wie der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion beweist. Sehr häufig treten noch nach längerer Zeit syphilitische Symptome auf (Syphilis hereditaria tarda).

Digitized by Google

M. Friedländer. Eine Frau, sechs Jahre verheiratet, bisher stets gesund gewesen, bringt ein Kind zur Welt, welches wenige Wochen später an schweren syphilitischen Erscheinungen erkrankt. Kind und Mutter reagieren positiv. Hat in diesem Falle nicht das Kind die Mutter infiziert? Die Möglichkeit, daß Spirochäten mit dem Sperma in das Ei dringen können, ist nicht zu bestreiten.

H. Isaac bringt zum Beweise der Möglichkeit einer rein paternen Infektion ein Beispiel, wonach eine Mutter trotz aller Hg-Kuren sechsmal hintereinander syphilitische Früchte hatte, aber ein gesundes Kind gebar, nachdem auch der Vater antisyphilitisch behandelt worden war.

Heller hatte Gelegenheit, drei kongenital-luetische Kinder 23, 18 und 15 Jahre zu beobachten, deren Väter syphilitisch, deren Mütter aber niemals Zeichen von Lues boten. Die bei der einen Mutter angestellte Wassermannsche Reaktion war negativ. Den Begriff der paternen Syphilis sollte man nicht ganz verschwinden lassen. Es scheint, als ob die Mütter syphilitischer Kinder sich anders verhalten. Soll man, obschon klinisch und serologisch keine Symptome von Lues vorhanden sind, zugleich mit der Diagnose Lues alle strengen Maßnahmen ergreifen? Im Gegensatz zu E. Lesser, der auch die dauernd symptomfreien Mütter syphilitischer Kinder wie syphilitische behandelt wissen will, vertritt Heller einen mehr vorsichtig abwartenden Standpunkt.

F. Lesser. Die Mütter syphilitischer Kinder sind in bezug auf ihre Syphilis glänzend gestellt, als wenn sie eine Schutzimpfung durch die Geburt des Kindes erfahren hätten. Eine jahrzehntelange Beobachtung nach dieser Richtung hin hat ergeben, daß diese Mütter den gesunden gleichzusetzen sind.

Werther würde das von Lesser vorgestellte Kind unbedingt sogleich behandeln, da die Reaktion gewiß noch positiv würde und die Chancen bei frühzeitiger Kur bessere wären.

Pinkus verweist auf die im Arch. f. Derm. erschienene Arbeit „Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis" von Marcus: Unbehandelte Mütter gebaren 90,2%, während der Gravidität Behandelte nur 45,6% sicher syphilitische Kinder.

2. Zürn. Mann mit **Psoriasis vulgaris** seit 1892. Typische Plaques an den Prädilektionsstellen, mit Dreuwscher Salbe behandelt. Seltene merkwürdige Formen der Abheilung unter Atrophie; an der Vorderfläche der Oberschenkel ist die Haut an den abgeheilten Stellen gefältet, wie Zigarettenpapier knittrig, ähnlich der idiopathischen Hautatrophie. Auch der histologische Befund zeigt Schwund des elastischen Gewebes.

3. M. Friedländer. Bei einem Manne finden sich an den oberen und unteren Extremitäten ovale und kreisrunde Plaques; blaues Zentrum, roter Rand, an Herpes iris erinnernd. Durch die Läsion an der rechten Wangenschleimhaut und die perlmutterglänzenden Knötchen am Penis ist die Diagnose auf **Lichen ruber planus** zu stellen. Auffällig ist die schnelle Entwicklung innerhalb sechs Wochen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 115, Heft 8, Mai 1913.

Ein Fall von akutem pemphigusähnlichem Exanthem im Verlaufe des Abdominaltyphus, von Albrecht Reuter-Greiz i. V. Schon vor Jahren hat Verfasser bei einem 15jährigen Mädchen zu gleicher Zeit mit einem typischen Typhus abdominalis

Digitized by Google

einen akuten Pemphigus beobachtet, der innerhalb vier Wochen unter Hinterlassung kreisrunder Narben zur Abheilung gelangte. Er hat seitdem eingehend die Literatur durchstudiert und nur in einer, mehrere Menschenalter zurückliegenden Arbeit von J. P. Frank einen gleichen Fall finden können, den er in extenso mitteilt.

Bd. 116, Heft 2, April 1913.

1. Experimentelle und klinische Studien über Kutireaktion und Anaphylaxie bei Syphilis, von H. Nakano-Japan. Die vom Verfasser mitgeteilten Versuche sind an der Breslauer Universitätsklinik angestellt worden. Zunächst hat er intradermale Injektionen mit Luesleberextrakt und mit Spirochätenreinkulturenextrakt vorgenommen; dabei zeigt es sich, daß im letzteren Falle die Reaktionen viel schwächer sind und weniger häufig vorkommen als bei Syphilisleberextrakt, die bei Syphilitischen einen sehr hohen Prozentsatz erreichen und eine gewisse Spezifität insofern zeigen, als an 58 Nicht-Luetikern nur in zwei Fällen einen positive Kutireaktion aufgetreten ist. Zwischen den beiden genannten stehen die Reaktionen, die mit Filtrat von Spirochaeta pallida-Kulturen zu verzeichnen waren. Jedenfalls glaubt Verfasser aus seinen Versuchen den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Kutireaktion ein für diagnostische Zwecke sehr brauchbares Hilfsmittel ist. Ähnliche Versuche hat Verfasser auch bei Tieren angestellt und bei Meerschweinchen und Kaninchen Knoten- und Geschwürsbildungen bekommen, die er als anaphylaktische Erscheinungen ansieht. Die anaphylaktischen Erscheinungen sind um so häufiger und schwerer, je älter der Krankheitsprozeß ist, von dem das Serum stammt; Seren, die von Lues I und II stammen, lösen aber die Anaphylaxie-Erscheinungen seltener aus als Lues III-Seren. Stärker wirken Gemische von von Luesseren mit Luesorganextrakten.

2. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit Leichenblut ausgeführt, von Harald Boas und Hjalmar Eiken-Kopenhagen. Bei der Untersuchung von Leichenblut mit der gewöhnlichen Dosis 0,2 ccm Serum als Ablesungsdosis ergeben sich so viele positive Reaktionen bei Patienten, bei denen vermeintlich kein Syphilis vorliegt, daß dem positiven Ausfall der Reaktion keine größere praktische Bedeutung beigemessen werden kann. Bei der Untersuchung von Leichenblut mit 0,1 ccm Serum (also der Hälfte der gewöhnlichen Dosis) wird die Reaktion annäherungsweise spezifisch, indem von 326 Kontrollpatienten nur drei positive Wassermann-Reaktion ergaben. Dagegen hat die negative Wassermann-Reaktion, auf diese Weise im Leichenblut angestellt, weit geringere Bedeutung als die negative Wassermann-Reaktion bei lebenden Patienten, indem unter 29 Fällen nicht vorbehandelter aktiver Syphilis nicht weniger als fünfmal negative Wassermann-Reaktion auftrat.

3. Über lipoide Degeneration des Elastins der Haut, von C. Kreibich-Prag. Untersuchungen an sehr stark veränderter seniler Nackenhaut eines 83jährigen Mannes mittels der schon früher vom Verfasser beschriebenen Sudanfärbung: „Eine Degenerationsform der elastischen Fasern charakterisiert sich dadurch, daß die gesamte Faser einen sudanophilen Fabenton annimmt und daß in ihr Lipoidtröpfchen auftreten, wobei die verbreiterte Faser in Längsfasern zerfällt, die dann gewisse färberische Verschiedenheiten gegenüber der ursprünglichen kompakten normalen Faser aufweisen."

4. Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik, von G. Th. Zomakion-Odessa. Unter 8500 Kranken, die seit dem Jahre 1906 in der Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie in Odessa zur Untersuchung gelangt sind, ist nur zweimal der harte Schanker der Vaginalportion konstatiert worden. Diese beiden Fälle werden vom Verfasser eingehend mitgeteilt. Er weist aber darauf hin, daß diese Geschwüre leicht übersehen werden können, weil ausgesprochene klinische Erscheinungen

Digitized by Google

meist fehlen und weil zweitens die Diagnose geschwüriger Prozesse an der Portio vaginalis große Schwierigkeiten bietet. Neben Ulcus molle, den verschiedenen syphilitischen Geschwüren der Sekundär- und Spätperiode kommen tuberkulöse Geschwüre und nichtspezifische Erosionen in Betracht. Die Diagnose wird oft nur durch mikroskopische Untersuchung exzidierter Gewebstückchen zu stellen sein.

5. Klinische bakteriologisch-serologische Studien über Ulcus molle und Ducreysche Streptobazillen, von Tetsuta Ito-Tokio. Auch diese Versuche sind an der Breslauer Klinik angestellt worden. Es hat sich ergeben, daß Streptobazillenemulsionen bei kutaner Impfung nur sehr schwache reaktive Entzündungen gaben, wenn es sich um Tiere oder Menschen handelte, die noch keine Streptobazilleninfektion durchgemacht hatten. Dagegen ist die Kutireaktion bei Ulcus molle, besonders aber bei Bubokranken stets sehr stark, und zwar um so deutlicher, je stärker die pathologischen Veränderungen des Krankheitsherdes sind. Die Kutireaktion ist darnach als spezifisch und als ein Hilfsmittel zur Sicherung der klinischen Diagnose anzusehen. Bubonenkranke, die mit der Streptobazillenvakzine behandelt wurden, wurden sehr günstig beeinflußt: In zwölf Fällen betrug die Heildauer nur ungefähr eine Woche. Aus weiteren Versuchen schließt der Verfasser, daß der Bubo beim weichen Schanker nicht nur durch die eingedrungenen Streptobazillen selbst, sondern auch durch das sogenannte Anaphylatoxin von Streptobazillen entsteht. Kulturversuche, die Verfasser angestellt hat, haben ergeben, daß defibriniertes Hammelblut, besonders in der Form des flüssigen Nährbodens einer Blutbouillonmischung 1 : 2, sehr geeignet zur Kultur des Streptobazillus ist; bei täglicher Weiterimpfung lassen sich dabei die Streptobazillen durch 50 Generationen lebensfähig erhalten. Verfasser ist auf Grund weiterer Versuche der Überzeugung, daß das Gift der Streptobazillen an den Bazillenleib gebunden, also ein Endotoxin ist; daß ferner die Vakzinbehandlung keine Immunisierung zustande bringt, daß im Gegenteil eine Vorbehandlung mit Vakzine eine Überempfindlichkeit auslösen kann.

6. Morphoeaähnliches Epitheliom, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Bericht über einen Fall, der eine Fünfmarkstück große Stelle an der rechten Wange eines 38 jährigen Mannes betraf. Genaue histologische Untersuchungen und Schlußfolgerungen.

7. Experimenteller Beitrag zur Immunität bei Syphilis tarda, von Franz v. Poór-Budapest. „Das syphilitische Individuum, es mag in welchem Stadium der Lues immer sein, reagiert — wie dies von Finger und Landsteiner bewiesen wurde — auf die neue Einimpfung des luetischen Virus mit spezifischen Erscheinungen. Ich muß aber noch hinzufügen, daß gegen das im Organismus seit längerer Zeit verweilende und auf denselben Organismus autoinokulierte Virus, wegen der spezifisch und möglicherweise auch individuell verschiedenen Umstimmung des Organismus derselbe eine wechselnde Resistenz zeigt. Diese dem eigenen Virus gegenüber bestehende Resistenz ist an einzelnen Teilen des Organismus eine absolute, während sie an anderen Stellen abgenommen hat, wie das erstere durch die erfolglosen Autoinokulationen bei tertiären Fällen, das letztere durch die Anwesenheit der präexistierenden Symptome bewiesen wird. Und da sich diese Resistenzabnahme bei der Spätform der Syphilis nicht auf den ganzen Organismus des Individuums, sondern bloß auf einzelne Organe, respektive auf einzelne umschriebene Organteile bezieht, gibt dies die Erklärung ab dafür, daß die tertiären Erscheinungen isoliert, solitär oder in sehr kleiner Zahl auftreten, im Gegensatze zu dem frühen, sekundären Stadium, welches eine Neigung zur Generalisation zeigt."

2. Über Amyloiddegeneration der Haut, von C. Kreibich-Prag. Amyloide Degeneration der Haut und ihre Unterscheidung von Hyalin läßt sich durch färberische Maßnahmen nachweisen. In dem untersuchten Fall, bei dem es sich um eine große dunkelpigmentierte seborrhoische Warze eines 72 jährigen Mannes handelte, lagen Ver-

Digitized by Google

änderungen der senilen Haut ohne allgemeine Amyloiderkrankung vor. Verfasser glaubt, daß weitere Untersuchungen an seniler Haut zeigen werden, daß die Substanz dabei nicht zu selten ist, und daß das Auftreten des Amyloids als Alterserscheinung der Haut angesehen werden kann.

9. Über kombinierte Behandlung von Hautkarzinomen mit Kohlensäuregefrierung und Röntgenstrahlen, von Joh. Fabry-Dortmund. Von 22 Fällen, die innerhalb eines Jahres zur Beobachtung gekommen sind, betrafen 16 Männer und nur 6 Frauen. 10 von diesen Fällen wurden chirurgisch behandelt, und in allen Fällen bestätigte die histologische Untersuchung die Diagnose: „Hautkarzinom". Die anderen 12 Fälle wurden in der Weise behandelt, daß sie zweimal eine Minute lang mit Kohlensäureschnee erfroren und dann mit Röntgenstrahlen in der Weise behandelt wurden, daß achtmal eine 4/5 Erythemdosis appliziert wurde. In allen Fällen ist unter weiterer Behandlung mit indifferenten Salbenverbänden in 2—4 Wochen glatte Heilung erfolgt.

10. Über Blattern und Impfung in Böhmen, von Alois Epstein-Prag. Historisches und eigene Erfahrungen, die in mehr als 20jähriger Tätigkeit vom Verfasser gewonnen wurden. Von ganz besonderem Interesse erscheint, daß im Anfange des 19. Jahrhunderts die Impfung im Böhmen weitere Ausbreitung gewann als an manchen anderen Orten, daß die Bevölkerung, die die rapide Abnahme der Sterblichkeit an Pocken selbst beobachten konnte, der Impfung außerordentlich günstig gegenüberstand, und daß es nur der Mangel eines dauernden, auf Lebenszeit vorhaltenden Schutzes und die dadurch bedingte Voriola-Infektion bei früher Geimpften war, die sowohl im Laienpublikum, wie auch bei den Ärzten einen Umschwung der Ansichten über den Wert der Impfung herbeiführten. Das statistische Material, das Verfasser in seinem Essay anführt, bringt die gewohnten Beweise für den Wert der Impfung, zeigt aber zu gleicher Zeit, wie wenig derartige sachliche Resultate bei der Behandlung gewisser Fragen mitsprechen, in die politische Momente hineinspielen. Von ganz besonderem Interesse sind daher die Ausführungen des Verfassers über die politischen Zwiespältigkeiten in der Gesetzgebung und ihr Einfluß auf die Volksgesundheit.

11. Das Mesothorium in der Dermatologie, von Erich Kuznitzky-Breslau. Die an der Neisserschen Klinik angestellten Versuche wurden mit Mesothorium enthaltenden Kapseln vorgenommen, deren Quantität 20 mg nicht überstieg und deren Durchmesser 5, 10 und 15 mm betrug. In technischer Beziehung ist die Anwendung des Mesothoriums der Radiumbehandlung absolut gleich. Hinsichtlich der Strahlenqualität ist zu sagen, daß das Mesothorium eine weichere Strahlung besitzt als das Radium, so daß im allgemeinen eine stärkere Oberflächenreaktion resultiert als beim Radium. Trotzdem aber ist die Tiefeinwirkung eine, wie sich in einzelnen Fällen sogar unliebsamerweise gezeigt hat, vollkommen ausreichende, so daß das Mesothorium vom Verfasser dem Radium als gleichwertig an die Seite gestellt wird; er glaubt sogar, daß das dem Mesothorium eigentümliche Strahlengemisch bei gewissen Dermatosen mehr leistete als das Radium. Die Bestrahlungsdauer betrug durchschnittlich $^1/_2$—1 Stunde und länger. Die reaktive Entzündung setzt einen oder zwei Tage nach erfolgter Bestrahlung ein und führt zu einer oberflächlichen Nekrotisierung, die nach Demarkation in 4—6 Wochen vollkommen epithelisiert. Die Erfolge waren durchweg gute. Von 24 Fällen von Hautkarzinom wurden 19 klinisch geheilt, doch läßt sich wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch kein definitives Urteil über den Heilerfolg aussprechen. Ähnliche Erfolge wurden bei Verrucae und bei den verschiedensten Formen des Nävus erzielt.

12. Riesenzelltumoren nach subkutanen Einspritzungen eines Arsen-Eisenpräparates, von M. Oppenheim-Wien. Zwei Jahre, nachdem eine Patientin anfangs der zwanziger Jahre Eisen-Arseninjektionen in klarer Lösung unter die Haut beider Oberarme

Digitized by Google

erhalten hatte, bildeten sich an den Injektionsstellen kleine Verhärtungen, deren Ausdehnung unter gleichzeitiger bläulicher Verfärbung der Haut immer mehr zunahm, und die auf Druck und besonders auf Temperaturwechsel so schmerzhaft waren, das Patientin die verschiedensten Behandlungsmethoden probierte, um davon befreit zu werden. Verfasser hat an exzidierten Probestückchen genaue histologische Untersuchungen vorgenommen und ein entzündliches Granulationsgewebe festgestellt, das ungemein reichlich Riesenzellen und Plasmazellen enthielt; daneben reichlich Neubildung von Bindegewebssträngen und eine entzündliche Wucheratrophie des Fettgewebes. Die Affektion stellte sich darnach dar als Fremdkörper-Tumorenbildung; die heftigen Schmerzen entstanden durch Einschluß der Nerven in die schrumpfenden Schwielen.

13. Hyperkeratosis punctata spinulosa et striata cuniculiformis, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Bei einem 13jährigen Mädchen wurde eine im dritten Lebensjahr aufgetretene Dermatose, die in den letzten Jahren keinerlei Veränderungen gezeigt und keinerlei subjektive Störungen verursacht hatte, festgestellt: die Veränderungen waren kaum angedeutet an den vorderen seitlichen Halsregionen, an den Schultern, den Streckseiten der Arme, etwas mehr ausgesprochen an den Ellbogenvorsprüngen, besonders deutlich an der Dorsalfläche der Hände. Sie hatten eine bilaterale, genau symmetrische Anordnung. An einem, aus der Dorsalfläche der rechten Hand exzidierten Hautstückchen konnten histologische Untersuchungen vorgenommen werden, die nicht für eine ursprünglich entzündliche Form sprachen, sondern für eine primäre Keratosis, für eine besondere Form zirkumskripter Ichthyosis, so daß Verfasser die Affektion als eine der Formen von angeborener Hyperkeratose deuten möchte, die unter den weiteren Begriff des Nävus fallen.

14. Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum mit Exitus letalis, von Arturo de Amicis-Neapel. Bei einem 25jährigen Syphilitiker finden sich typische Zeichen eines Erythema exsudativum haemorrhagicum malignum, das außer der Haut auch sämtliche Schleimhäute befallen hatte, wie die Sektion zeigte, auch die Schleimhäute des Gastrointestinaltraktus. Die klinische Diagnose ist völlig durch die Sektion bestätigt worden, und nach Ansicht des Verfassers ist auch durch die Sektion gezeigt worden, daß keinerlei Beziehungen des Erythema exsudativum zur Syphilis bestanden, wie er schon klinisch angenommen hatte. Er hat auch genaue histologische Untersuchungen vorgenommen, die allerdings von dem gewohnten Bild etwas abweichen.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 5, 1913.

Nitrogen- und Schwefelstoffwechsel-Untersuchungen bei Psoriasis vulgaris, von Hans Gebler-Kolozsvár. Gegenüber den von anderen Verfassern gewonnenen Resultaten folgt aus den Untersuchungen des Verfassers, daß bei Psoriasis vulgaris neben Gewichtsbeständigkeit des Nitrogens eine gesteigerte Schwefelausscheidung nicht zu bemerken war. Die Schwankungen der Schwefelausscheidungen stehen in engen Zusammenhang mit der Steigerung oder Verringerung der Nitrogeneinführung.

Klinischer und tierexperimenteller Beitrag zur Toxikologie des Salvarsans, von Franz Miedreich-Jena. Aus den Tierexperimenten geht hervor, daß schwach saure Lösungen entschieden toxischer wirken als alkalische Lösungen; ein zweites Resultat seiner Tierexperimente ist die Wahrnehmung, daß die schwach sauren Lösungen in erhöhtem Maße toxisch wirken, wenn man sie ohne Kochsalzlösung herstellt.

Über Gonargin, ein neues Vakzinepräparat, von S. Schuhmacher-Berlin. Empfehlung eines neuen Vakzinepräparates zur Behandlung blennorrhöischer Komplikationen

Digitized by Google

Es ähnelt in seinen Erfolgen dem Arthigon. Besonderen Erfolg verzeichnet der Verfasser bei Epididymitis, Tendovaginitis, einen unsicheren Erfolg bei chronischer Prostatitis, Vulvovaginitis und Rektalblennorrhöe.

Über die Todesfälle nach intravenösen Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von Egon Tomasczewski-Berlin. Nach einer Sammlung der in der Literatur mitgeteilten Todesfälle nach Salvarsaninfusion sucht der Verfasser die Frage der Ursache dieses unglücklichen Ausgangs zu klären. Im Vordergrund des Interesses steht natürlich das Sektionsergebnis, das im allgemeinen wenig Anhaltspunkte für die Todesursache angibt. In der Mehrzahl der Fälle ist eine akute sogenannte hämorrhagische Enzephalitis vorhanden, entweder nur in den Marklagern und den großen Ganglien oder auch zugleich in der Hirnrinde sowie den Hirnhäuten. Die mikoskopische Untersuchung ergibt eine starke Füllung der Gefäßkapillaren und präkapillaren Charakters mit hämorrhagischer Infiltration der Gefäßwand, der zirkumvaskulären Lymphräume und der angrenzenden Gehirnsubstanz. In den hämorrhagischen Herden sind in einigen Fällen auch weiße Blutkörperchen gefunden. Die Ansichten der maßgebenden Verfasser sind verschieden. Ob es sich um Retention feinst ausgefällten Salvarsans in Substanz handelt, oder Herxheimersche Reaktion, ob es eine entzündliche Hyperämie im Gehirn lokalisierter Syphilisherde ist, ob anaphylaktische Erscheinungen in Frage kommen, ob direkt toxische Wirkungen einen solchen Ausgang bedingen, läßt sich so ohne weiteres nicht entscheiden. Am meisten hat die Annahme vorübergehender, auf Hyperämie und Ödem beruhender Schwellungszustände aufklärende Berechtigung. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 7, April 1913.

1. Über Radiumwirkungen bei Hautkrankheiten, von E. Vollmer-Kreuznach. Im Besitz der städtischen Salinenverwaltung von Bad Kreuznach befindet sich ein Radiumapparat, der 12 mg Radiumbromid enthält. Mit diesem, in einer geeigneten Kapsel aufbewahrten Präparate werden in Kreuznach auch geeignete Hautfälle einer Behandlung unterzogen. Verfasser berichtet u. a. von Haut- und Schleimhauttuberkulose, flachem Hautkankroid, Psoriasis usw., die günstig beeinflußt wurden, trotzdem er die Radiumkapseln nicht direkt auf die erkrankte Hautstelle aufgesetzt, sondern in einer Entfernung von 1—2 cm angebracht hat.

2. Gibt es ein Mittel, die kleinen chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden? von A. Piersig-Berlin. Verfasser teilt eine Reihe Krankengeschichten mit aus einem großen Beobachtungsmaterial, bei dem er die Erfahrung gemacht hat, daß in der Behandlung von Furunkeln, Abszessen, Panaritien usw. eine Inzision meist unnötig wird, wenn von Anfang an mit dem Unguentum Credé-Heyden behandelt wird. Er empfliehlt darum dasselbe angelegentlichst.

3. Die Pathogenese und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von Karl Schindler-Berlin. Schluß des durch mehrere Hefte fortgesetzten Artikels mit Besprechung der verschiedenen Vakzinen.

Bd. 16, Nr. 5, Mai 1913.

Erfahrungen über die Behandlung der Mikrosporie, von Franz Fischer-Düsseldorf. Bei einer Epidemie in der Sammelstation für Fürsorgekinder hat Verfasser etwa 30 Fälle der Erkrankung zu behandeln Gelegenheit gehabt; er berichtet über die Erfolge der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen und empfiehlt die Kohlensäure-

Digitized by Google

schneebehandlung, die am radikalsten, sichersten und schnellsten gewirkt hat. Verfasser ließ den Schnee 1—2 Minuten einwirken, worauf die Haut sich in einigen Tagen völlig abhob und die Wunde mit feuchten Kompressen behandelt und nach der Abheilung mit Spirituswaschungen weiter vorgenommen wurde. Die Haare sind stets wieder in voller Dichte gewachsen, meist schon nach zwei Monaten. W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 20. Febr. 1913.

Fall zum Diagnostizieren, von A. Eddowes. Es handelte sich um einen 56jährigen Mann mit einem psoriasiformen Ausschlag, der als Mykosis fungoides von psoriasisartigem Typ aufzufassen ist. Die Affektion hat mit Intermissionen und Rezidiven mehrere Jahre schon bestanden.

Fall mit multiplen subkutanen Knötchen, von E. G. G. Little. Durch die mikroskopische Untersuchung wurde nachgewiesen, daß die sonst ihrem Wesen nach nicht zu erkennenden kleinen Geschwülste Angiome waren.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Bei dem 14jährigen Burschen haben seit drei Jahren wiederholt Ulzerationen von ungewöhnlicher Art an den Beinen bestanden, wahrscheinlich Artefakte.

Fall von zirkumskripter „symmetrischer Dermatitis, Brocqscher Parapsoriasis en Plaques disseminées", von E. G. G. Little.

Chronische Symptome der Raynaudschen Krankheit auf wahrscheinlich syphilitischer Grundlage im Verein mit Livedo reticulata; Bemerkungen über Livedo reticulata (Livedo annularis, Livedo figurata oder Cutis marmorata), von F. P. Weber. Eine bemerkenswerte Erscheinung bei der nunmehr 54jährigen Patientin war unter anderen das Vorhandensein von kleinen Hämorrhagien auf der Retina und gelegentlicher, vorübergehender Amblyopie und sogar vollständiger Amaurose. Die Livedo betraf namentlich die Vorderarme und die Umgebung der Knie in sehr präziser Weise, wie die Abbildungen erkennen lassen.

Fall von framboësieformer Syphilis der Handteller, von J. E. R. McDonagh.

Fall von Dermatitis im Anschluß an eine große Dosis Arsenik, von J. M. H. McLeod. Nach der intravenösen Injektion von Salvarsan mit einer Gesamtdosis von 1,6 g wegen sympathischer Ophthalmie entwickelte sich 8 Tage nach Beendigung der Behandlung ein profuser Ausschlag am Rumpfe und an den Extremitäten bei dem siebenjährigen Mädchen. In mancher Beziehung waren die Läsionen ausgesprochen psoriasisartig. Unter Behandlung mit blanden Salbenmitteln verging die Affektion, trat aber bald nach der rektalen Verabreichung von Salvarsan in ganz ähnlicher Weise wieder hervor.

Drei mit Röntgenstrahlen geheilte Fälle von Tinea tonsurans, von J. M. H. McLeod.

Fall von multiplem Lupus, von J. H. Sequeira. Der Fall, einen elfjährigen Knaben betreffend, war in dreifacher Hinsicht bemerkenswert: einmal wegen der großen Ausdehnung der Läsionen; ferner wegen des Umstandes, daß dieselben sich im Anschluß an Masern entwickelten, und schließlich wegen der ungewöhnlichen Form der Läsionen, welche längere Zeit für Psoriasis gegolten hatten.

Mikroskopische Präparate von Rhinosklerom fällen, von M. Morris und S. E. Dore. Es wurden Kulturen von drei Fällen aus der Pellizarischen Klinik in Florenz vorgelegt. Die Mikroorganismen haben große Ähnlichkeit mit dem Friedländerschen Pneumobazillus. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology.

Mai 1913.

Epithelioma und Ulcus rodens, bei demselben Patienten vorkommend, von Haldin Davis. Bei dem 56jährigen Patienten war am inneren Rande der rechten Fußsohle seit etwa $1^1/_4$ Jahren ein sechspencegroßes Geschwür, dessen Ränder nicht erhaben oder besonders hart waren, und seit kürzerer Zeit etwa in der Mitte der hinteren Fläche des linken Oberschenkels eine kleine erhabene, kleinknopfgroße ulzerierende Neubildung vorhanden, die allmählich an Größe zunahm und, als sie den Durchmesser von etwa $^3/_4$ Zoll erreichte, unter Lokalanästhesie exzidiert wurde. Die mikroskopische Untersuchung des letzteren ergab ein Epithelioma, während die des später ebenfalls exzidierten erstbeschriebenen Geschwürs (an der Fußsohle) den charakteristischen Befund eines Ulcus rodens zeigte. Es hatte trotz wiederholter Röntgenbestrahlung niemals Heilungstendenz gezeigt, nahm aber an Größe nicht zu und Patient war sehr wohl imstande, ohne Beschwerden umherzugehen, wenn das Geschwür geeignet verbunden war. Bei dem Falle erscheinen zwei Punkte von besonderem Interesse: die ungewöhnliche Lokalisation eines Ulcus rodens (auf der Fußsohle) und die Koinzidenz desselben mit einem Epitheliom, wovon D. nur wenige Fälle in der Literatur beschrieben findet.

Multiple Pigmentwarzen während der Schwangerschaft, von E. Ward. Bei der 32jährigen Patientin waren vor neun Jahren, als sie zum ersten Male schwanger war, in den späteren Monaten der Schwangerschaft zahlreiche pigmentierte Warzen am Rumpf, Nacken und Extremitäten aufgetreten; nach Beendigung der Schwangerschaft verschwanden einige der Warzen, die Mehrzahl aber blieb bestehen. Vor vier Jahren trat neuerdings Schwangerschaft ein und nach fünf Monaten stellten sich wiederum an zahlreichen Stellen des Körpers — nur Gesicht und Hände verschonend — die schwärzlich gefärbten, flach-erhabenen warzigen Exkreszenzen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße ein. Nach der Geburt des Kindes blieben die Warzen und waren großenteils noch drei Jahre später vorhanden. Nachdem alle üblichen — inneren und äußeren — Behandlungsmethoden fruchtlos geblieben sind, würde W. einen Versuch mit kleinen Dosen Röntgenstrahlen machen.

Ein Fall von multiplen Telangiektasien, von J. H. Sequeira. Patientin, verheiratet, 55 Jahre alt, berichtete, daß im Laufe der letzten 5—6 Jahre rote Flecken an Gesicht und Fingern und gelegentlich auch Blutungen aus denselben aufgetreten. Dieselben traten so heftig einmal (am linken Finger) auf, daß sie ärztliche Hilfe aufsuchen mußte. Außer den Telangiektasien waren zahlreiche punktförmige rote Stellen an Wangen, Kinn und linken Augenbrauen, ebenso an den Dorsalflächen der Finger und Daumen vorhanden; die größten dieser „roten Punkte" waren leicht erhaben über der Haut und von der Größe eines großen Stecknadelkopfes. An Zunge und Schleimhaut der Unterlippe, ebenso am harten Gaumen waren zahlreiche punktförmige Veränderungen und eine ausgedehnte Telangiektasie am Zäpfchen. Patientin war anämisch, hatte ziemlich starken Fettansatz und zeigte hohen Blutdruck. Das ganze Bild hatte große Ähnlichkeit mit den beim familiären Typus beobachteten Erscheinungen, die Anamnese ergab aber keine Heredität, wenn auch eines der Kinder an Epistaxis litt. Zeichen einer malignen Erkrankung, welche häufig als mit Telangiektasien verbunden genannt werden, waren nicht vorhanden. Da sich keinerlei direkte Ursachen auffinden ließen — vielleicht spielen der erhöhte Blutdruck und irgend eine unbestimmte Veränderung in den Gefäßwänden, wahrscheinlich toxischen Ursprungs, eine Rolle —, so möchte S. diesen Fall zu den essentiellen oder primären Telangiektasien (Ein-

Digitized by Google

teilung nach Colcott Fox), d. i. jenen rechnen, welche nicht direkt von Erkrankung des Zirkulationsapparates oder irgend einer ausgeprägten Dermatose, wie Acne rosacea, Lupus erythematosus, Sklerodermie, abhängen. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1913.

Die Klassifikation und Nomenklatur der erworbenen Hautsyphilis, von George Henry Fox-New York. In erster Linie möchte F. die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Syphilis völlig ausgelöscht wissen und hält für die praktischste Einteilung der syphilitischen Hauterscheinungen die in Früh- und Spätsyphilide. Nach seiner langjährigen Erfahrung haben die ersteren folgende Unterabteilungen: makulöse, papulöse, papulo-pustulöse und pustulöse, letztere die noduläre, squamöse und gummöse Form. Ein vesikuläres Syphilid, das immer noch in jedem Handbuch beschrieben wird, hat F. in 40jähriger Praxis niemals beobachtet, ebensowenig ein bullöses, das, so gewöhnlich bei der hereditären Form, bei der erworbenen höchstens infolge von Jodismus vorkommt. Die gewöhnliche Form des makulösen Syphilids ist die disseminierte (Roseola) zum Unterschied von der seltenen ringförmigen Varietät. Von der papulösen Form gibt es drei Unterabteilungen: die miliäre oder follikuläre, die lentikuläre — die gewöhnlichste Form der Frühsyphilis — und die diskoide Papel; letztere an Stelle der „breiten flachen Papel" so genannt, ist das Anfangsstadium des breiten Kondyloms, des annulären und squamös-papulären und der meisten konfluierenden Herde im Gesicht. Wenn papuläre Hauteffloreszenzen, seien sie miliaren oder zentikulären Typus, zu Eiterung tendieren, wie es bei schwächlichen Individuen häufig vorkommt, oder wenn Papeln und Pusteln gleichzeitg vorhanden sind, so haben wir einen an der Grenze zwischen papulösem und pustulösem stehenden Hautausschlag vor uns, der gewöhnlich papulo-pustulöses Syphilid genannt wird. Während das letztere ziemlich häufig vorkommt, ist das rein pustulöse Syphilid, bei welchem alle Effloreszenzen zur Eiterung kommen, ziemlich selten. Durch lange anhaltende Eiterung oder hastige Entfernung der Krusten, durch Reibung der Kleider können Geschwüre verschiedener Ausdehnung entstehen und wir haben dann ein ulzerierendes pustulöses Syphilid. Die Spätformen der Syphilide sind jene, die zwei bis 20 Jahre und noch später nach der Infektion auftreten. Die knotige (noduläre) Form ist selten, häufiger die squamöse, welche sorgfältig vom schuppenden papulären Syphilid zu trennen ist, zeitlich weit von demselben auseinander liegt und gewöhnlich am Handteller und Fußsohlen nur vorkommt. Die gummöse Form kann als oberflächliche, diffuse vorkommen und hierbei die Bezeichnung Rupia für die spezielle Krustenbildung berechtigt sein, während F. im allgemeinen die Bezeichnung „rupiöses Syphilid" nicht gelten läßt. Immerhin bleibt bei der Diagnose die Hauptsache, die Krankheit als solche zu erkennen und von weit geringerer Wichtigkeit ist die spezielle Form der Eruption; da sie aber von Bedeutung für das Stadium der Krankheit und vor allem für die Behandlung und Prognose ist, so möchte F. warm empfehlen, seine wesentlich vereinfachte Einteilung in Betracht zu ziehen.

In der folgenden Disskusion (auf der 36. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, St. Louis, 23.—25. Mai 1912) waren alle Redner darin einig, daß eine Vereinfachung in der Nomenklatur der Hautsyphilide geboten sei. Pusey betonte, eine solche Reform wäre auch für viele andere Hautkrankheiten angebracht, Hartzell hat ebenfalls ein vesikuläres Syphilid niemals gesehen und die Einteilung in Früh- und Späterscheinungen dünkte ihm, ebenso wie Zeisler und Grindon die geeignetste; der Ausdruck noduläres Syphilid an Stelle des tuberkulösen Syphilids, das nur zu Irrtümern führe, sei nur zu begrüßen.

Digitized by Google

Granuloma inguinale tropicum; Bericht über drei Fälle, von Joseph Grindon-St. Louis. G. hatte Gelegenheit, drei solcher Fälle und zwar ausschließlich bei erwachsenen Negern im Alter von 60, 42 und 30 Jahren zu beobachten. Die ulzerierenden und granulierenden Flächen befanden sich großenteils zu beiden Seiten des Skrotums und gegen den After zu. Die mikroskopische Untersuchung ergab weder konstante Anwesenheit von Spirochäten noch, die der speziellen von Donovan und Carten beschriebenen Körperchen. Den Beisatz „tropicum" hält G. nicht für ganz gerechtfertigt, auch ist die Affektion nicht nur eine das weibliche Geschlecht betreffende, wie es nach Manson in den Tropen der Fall sein soll. Sie zeigt in allen Fällen eine merkwürdige Übereinstimmung, ist in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ziemlich selten und speziell die Neger befallend.

Bemerkungen über das kahnförmige Schulterblatt; dessen Zusammenhang mit Syphilis bei der Aszendenz, von William W. Graves-St. Louis. G.s Studien an 350 Skeletten führten ihn zu dem Schlusse, daß in 41 % derselben das Schulterblatt den kahnförmigen Typus hat und der letztere von der normalen Beschaffenheit des Schulterblattes außer in fünf nebensächlicheren Punkten hauptsächlich darin abweich, daß der vertebrale, unterhalb der Spina befindliche Rand mehr weniger konkav ist. Die statistischen Studien des Verfassers ergaben, daß diese Form des Schulterblattes in einer relativ großen Prozentzahl von Fällen, in allen Schichten der Bevölkerung und besonders häufig bei jüngeren Individuen, bei, in der Entwicklung zurückgebliebenen, Epileptikern und geistig abnormen Individuen vorkommt; das kahnförmige Schulterblatt kann sogar zusammen mit anderen pathologischen Prozessen, wie adenoiden Wucherungen, Schilddrüsenvergrößerung, Disposition zu katarrhalischen Zuständen von früher Kindheit an einen charakteristischen Symptomenkomplex bilden. Die vergleichenden klinischen Studien Graves haben ergeben, daß das kahnförmige Schulterblatt bei allen Nachkommen von Leuten, die ein solches gehabt haben, wieder vorkommt und ferner, daß Syphilis der Aszendenten eine Ursache dieser abnormen Schulterblattform bildet. Damit sei aber nicht gesagt, daß Syphilis der einzige ätiologische Faktor ist, sondern es muß deren noch andere geben, die mit der Verfeinerung der klinischen Untersuchungsmethoden noch aufgeklärt werden würden. Immerhin bildet das kahnförmige Schulterblatt und dessen Symptomenbild einen weiteren Beweis für den verderblichen Einfluß, welchen die Syphilis auf Kinder und Kindeskinder noch haben kann.

Multiple lymphoide Tumoren der Haut, Mitteilung eines Falles, von James Mac Farlane Winfield-Brooklyn. Es handelte sich um eine 75jährige Person, bei welcher die Anfänge des Leidens etwa sieben Jahre zurückdatieren. Dasselbe trat mit zwei kleinen, harten Papeln über dem linken Jochbein auf und war mit intensivem Jucken verbunden diese wuchsen rasch und erreichten allmählich Haselnußgröße. Nach drei Monaten traten weitere kleine Geschwülste an anderen Stellen des Gesichts und der Stirne auf dann am Nacken und späterhin an den Armen und oberen Rumpfpartien, bis nach Umlauf eines Jahres Gesicht, Nacken, Arme, Rumpf und Oberschenkel dicht mit Geschwulsten bedekt waren, welche von Senfkorn bis Wallnußgröße variierten. Außer Juckgefühl und der sichtbaren Unannehmlichkeit der Neubildungen waren keinerlei subjektive Beschwerden vorhanden. Der Blutbefund war ein negativer, die Untersuchung (mikroskopische) einiger exzidierter (älterer und jüngerer) Geschwulstpartikelchen ergab ein lymphoides Gewebe, die Blutuntersuchung nur geringe Abweichung von der Norm, geringgradige Anämie. Auf innerliche Darreichung von Arsenik schienen die Hautgebilde teilweise sich zu verkleinern und sogar ganz zu verschwinden.

Kann Psoriasis geheilt werden? von Augustus Ravogli-Cincinnati. Die Frage wird mit einem unbedingten Ja beantwortet und zwar ist es in erster Linie die Arsenik-

Digitized by Google

medikation, sei es in Form der Fowlerschen Lösung oder der asiatischen Pillen oder der Kakodylsäure, welche R. in vielen Fällen dauernde Heilung gebracht hat. Als lokale Mittel hat er sowohl Chrysarobin wie Pyrogallol und Teer fast völlig aufgegeben, da sie dem Patienten zuviel Unannehmlichkeit bereiten. In Fällen gewöhnlicher Psoriasis gab eine weiße Präzipitatsalbe die besten Resultate (gemischt mit Bismuth. subcarb., Zinc. oxyd. aa, Aud. carbol. gtt 30, Petrolat alb.); Squire berichtet über einen Fall von Psoriasis, der unter dem Gebrauch einer Quecksilbersalbe (H. jodat. rubr. 0,75, Ol. amygd. dulc. 1,0, Unguent simpl. 30.0) in sechs Tagen geheilt war. Wenn die innerliche Anwendung von Arsenik bei Psoriasis keine Wirkung mehr hat, so ist Jodkali indiziert und R. hat mit diesem Medikamentenwechsel (und lokal weißer Präzipitatsalbe) ganz ausgezeichnete Erfolge gehabt.

Dermatologische Therapie, von Charles Wood McMurtry. **Resorzin.** Wie Salizylsäure ist Resorzin ein in der Dermatologie sehr wichtiges Mittel, das im Jahre 1881 von Andeer eingeführt wurde, zuerst als Antiseptikum diente, dann aber allmählich als juckstillendes, austrocknendes, keratoplastisches und -lytisches, als reduzierendes, exfolierendes und ätzendes Mittel ausgedehnte Verbreitung in der Dermatologie fand. Im allgemeinen muß es aber immerhin mit Vorsicht angewandt werden, da auch bei äußerer Anwendung hohe Konzentration des Mittels zu Vergiftungen führen kann. Je größer daher die zu behandelnde Fläche, in um so schwächerer Konzentration muß Resorzin angewandt werden; unter keinen Umständen ist es gerechtfertigt, selbst schwache Konzentrationen des Mittels auf ausgedehnte Hautflächen (Arm, ganzen Kopf, Beine usw.) anzuwenden wegen der Möglichkeit von (toxischer) Resorption und aus demselben Grunde ist Resorzin bei, von Epidermis entblößten Hautflächen, bei Kindern und geschwächten Individuen kontraindiziert. Resorzin ist eines der wirksamsten Mittel bei Pityriasis simplex und steatoides, bei Seborrhöa, Dermatitis seborrhoica, Acne vulgaris und rosacea; seine Wirkung kann mit S. und besonders Salizylsäure verstärkt werden. Bei einer Reihe anderer Affektionen, wie Ekzema, Lichen planus, Sykosis, Favus, Lupus vulgaris, Ichthyosis usw., ist es ebenfalls empfohlen worden.

Mai 1913.

Ein Fall von Acanthosis nigricans, von Hermann G. Klotz und George L. Rohdenburg-New York. Der Fall betraf einen 64jährigen Mann, bei dem das Hautleiden etwa drei Jahre zurückdatiert und mit Veränderung in Farbe und Zustand der Haut und Hände begonnen hat. Dann trat heftiges Jucken am behaarten Kopf, begleitet von Haarausfall und Trockenheit des Mundes, auf und weiterhin Pigmentierung verschiedenen Grades und Rauhheit der Haut an zahlreichen Körperstellen, hauptsächlich Nacken, Achseln, Genitalanalgegend und Extremitäten. Die Haut zeigte allmählich dunkelgelbe Farbe und kleine warzenähnliche Gebilde traten nun in großer Menge auf. Ähnliche Knoten umgaben die Ränder der Lippen und gingen auf die Mundschleimhaut über. Am Nacken war die stärkste Pigmentierung vorhanden, am Rumpf und Extremitäten nur an gewissen umschriebenen Stellen je nach dem Grade der Entwicklung. Achseln, Oberschenkel, Streckseiten der Knie und beider Ellenbogen waren befallen, an den Dorsalflächen beider Hände zahlreiche, unregelmäßig verteilte, warzige Gebilde vorhanden. Patient erhielt innerlich Arsenik und fühlte sich monatelang besser, schließlich traten aber noch die von einem Mastdarmkarzinom — wie die spätere Sektion lehrte — ausgehenden Beschwerden hinzu und beschleunigten das tödliche Ende. Der Fall bestätigt die allgemeine Erfahrung, daß Acanthosis nigricans bei älteren Personen immer mit einer malignen Neubildung irgend eines der inneren Organe verbunden ist.

Ausgedehnte Hauttuberkulose mit tödlichem, durch Pyämie verursachtem

Digitized by Google

Ende; Mitteilung eines Falles, von Henry Kennedy Gaskill-Philadelphia. Bei der 37jährigen Patientin waren an der linken Wange eine Narbe, welche die Folge eines vor sechs Jahren exzidierten Lupus war, am rechten Oberschenkel eine geschwürsähnliche, etwa $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser betragende Fläche (als Überrest eines spontan aufgebrochenen Abszesses) und um dieselbe herum, nach abwärts bis zum Knie und nach aufwärts bis zum Rippenbogen reichend, eine mehr weniger dicht besetzte papuläre Eruption, die über die umgebende gesunde Haut erhaben und teilweise mit gelblichen Schuppen bedeckt war. Es gesellte sich ein akutes Erythem hinzu, wonach einige Besserung des Allgemeinbefindens einzutreten schien. Es entwickelten sich aber ein Becken- und bald darauf ein Abszeß in der Achselhöhle, die entleert wurden und bei deren Untersuchung Staphylo- und Streptokokken im Eiter gefunden wurden; ein weiter am rechten Hinterbacken aufgetretener Abszeß konnte wegen hochgradiger Schwäche der Patientin nicht mehr operiert werden und es trat bald darauf tödliches Ende ein. Die Exzision eines Knötchens, die unter lokaler Anästhesie vorgenommen worden war, und Färbung hatte typische tuberkulöse Veränderungen ergeben. G. hält es für zweifellos, daß die Erythemattacken durch Resorption von toxischem Material ebenso zustande kamen, wie z. B. die durch den Genuß fauler Fische gebildeten Toxine Anfälle von Erythema multiforme oder Urtikaria verursachen. Mit der verminderten Widerstandsfähigkeit des Körpers fanden pyogene Mikroorganismen Eingang und die Septikämie der früheren Anfälle ward zur Pyämie mit rasch tödlichem Ende.

Einige Einzelheiten in der Technik der Wassermannschen Reaktion, von Arthur William Stillians-Chicago. In erster Linie glaubt S., daß man eine feststehende Skala für die Intensität der Reaktion annehmen müsse und im Prozentsatz der Hämolysis eine solche Skala schon liege. Weiterhin ist die Titrierung des luetischen Antikörpers notwendig, sowohl zur Beurteilung des Behandlungserfolges auf die Serumreaktion als auch zur genaueren Kontrolle derselben. Für jede Reaktion sollten verschiedene Antigene (luetische Leberextrakte, Extrakte von Meerschweinchenherzen) angewandt werden, nachdem ihre Brauchbarkeit erst an 30—40 Seren geprüft ist. Relativ große Mengen nativen Ambozeptors können in einem Serum, das nur eine kleine Menge luetischer Antikörper enthält, leicht vollständige Hämolyse durch Kombination mit einem kleinen ungebundenen Komplement bewirken; es ist daher bei negativer oder zweifelhafter Reaktion von Bedeutung, daß die Resorption des nativen Ambozeptors einen beträchtlichen Prozentsatz der Reaktionen noch positiv macht. Was schließlich den negativen Ausfall der Reaktion betrifft, so warnt S. davor, demselben allzu große Bedeutung zu geben und ihn ja nicht in jedem Falle als Maßstab für die Beendigung der Kur anzusehen; denn er fand unter 75 Fällen ausgesprochener Spätsyphilis zehnmal völlig negative Reaktion. Die Serumreaktion ist eben nur eines der Symptome der Syphilis, das zeitweise verschwinden kann und solche Patienten müssen unter ärztlicher Kontrolle bleiben.

Stern-München.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 3. April 1913.

1. Die kleinen Zufälle nach Salvarsan und die Frage der Dosierung, von Leredde. L. polemisiert gegen Milian und betrachtet die von ihm aufgestellte „relative Intoleranz" lediglich als Folge technischer Fehler. Er wendet sich ferner gegen die empfohlenen kleinen Dosen, da nur durch konsequente, unbeirrte Darreichung kräftiger Dosen eine Heilung der Syphilis erfolgen kann. Die infolge der Salvarsanophobie jetzt allgemein verabreichten geringen Dosen werden auch keinen besseren Effekt haben als die alte Quecksilberbehandlung.

Digitized by Google

2. Häufigkeit der Lepra an der azurischen Küste, von GAUCHER. Verfasser weist darauf hin, daß Lepra in der Gegend zwischen Nizza und Mentone häufiger ist, als man glaubt, doch werden die Fälle verheimlicht. Sie sind nicht nur auf Heredität, sondern auch auf Ansteckung zurückzuführen.

3. Aktinomykose des Gesichts, von CHAMPRET und IZAROT. Ein 34jähriger kräftiger Mann wurde plötzlich von heftigem indolentem Trismus befallen; nach einigen Wochen trat an der rechten Wange ein Knoten auf, mehrfache chirurgische Intervention blieb erfolglos, die Affektion schritt weiter, und schließlich war die ganze rechte Gesichtshälfte geschwollen, derb infiltriert und von Fisteln durchsetzt. Erst jetzt wurde die Diagnose auf Aktinomykose gestellt und durch Jod Besserung erzielt. Der Kranke hatte die Gewohnheit, sich mit Strohhalmen die Zähne zu reinigen und dürfte sich dabei infiziert haben.

4. Sukzessive Hautepitheliome bei einer 26jährigen Frau, von GAUCHER, GOUGEROT und HISCHMANN. Die 26jährige Patientin bemerkte vor drei Jahren am rechten Daumen das Auftreten einer erbsengroßen, roten Geschwulst, die immer größer wurde und schließlich ulzerierte; andere folgten nach. Die Diagnose wurde auf Epitheliom gestellt. Dieser Fall ist, abgesehen von dem jugendlichen Alter der Patientin, dadurch interessant, daß die verschiedenen Entwicklungsstadien des Epithelioms zu sehen sind. Auf dem rechten Vorderarme ein linsengroßes, rötliches, halbweiches, indolentes Knötchen. Am rechten Ringfinger eine derbe, leicht dolente, papillomatöse Effloreszenz, die im Begriffe ist, zu ulzerieren. Das dritte Stadium bildet das am rechten Daumen befindliche unregelmäßige, rote, höckerige, nässende Geschwür mit erhabenen Rändern und derber Basis. Besserung durch Röntgenstrahlen.

5. Erythematöses granulöses Syphilid, von GAUCHER, GOUGEROT und HISCHMANN. Die 39jährige Kranke hatte am ganzen Körper verstreut rote Flecke von 3 bis 4 cm Durchmesser. Auf dem roten Grunde heben sich einige Stellen durch dunklere Färbung hervor; es sind dies kleinste, von Schüppchen bedeckte Papeln, die beim Tasten sich körnig anfühlen.

6. Enzephaloide Kopfhaut, von LUIS F. CALLE. Verfasser berichtet über zwei Soldaten, bei denen die behaarte Kopfhaut von tiefen, meist in der Längsrichtung laufenden Furchen durchzogen war, so daß sich Wülste, die Gehirnwindungen glichen, bildeten. Der Knochen war normal, die Haut frei beweglich. Verfasser glaubt, daß in der Tiefe der Furchen die Haut an der Aponeurose fixiert sei, so daß dann dazwischen die Wülste entstehen. GAUCHER weist darauf hin, daß diese Fälle mit der Cutis verticis gyrata identisch sind.

7. Multiple symmetrische Hydarthrosen bei hereditärer Syphilis, von CH. FOUQUET. Die 21jährige Patientin bemerkte seit zwei Jahren das allmähliche Anschwellen mehrerer Gelenke, wodurch deren Beweglichkeit sehr beschränkt wurde. Bei der Aufnahme fand sich in beiden Knie-, Hand-, Ellbogen- und Sternoklavikulargelenken ein ziemlich bedeutender Flüssigkeitserguß. Die Handgelenke waren schmerzhaft. Verfasser dachte an Erbsyphilis, obwohl keinerlei Anzeichen dafür vorhanden waren; doch war die WASSERMANNsche Reaktion im Blute und in dem Kniegelenkergusse positiv. Durch längere spezifische Behandlung wurde völlige Heilung erzielt. Verfasser weist darauf hin, daß die Multiplizität, die bilaterale und symmetrische Lokalisation der Affektion, sowie das Fehlen von Knochenveränderungen für die erbsyphilitischen Hydarthrosen charakteristisch sind.

8. Zwei Fälle von Alopecia circumscripta nach nervösem Choc, von CH. FOUQUET. In dem einen Falle war die Alopezie an der Schläfe nach einem Armbruche aufgetreten, im anderen am Hinterhaupte nach dem Steckenbleiben eines Fremdkörpers

Digitized by Google

im Ösophagus und seiner Entfernung. Die befallenen Stellen waren nicht ganz kahl, sondern es standen die Haare nur sehr schütter. Sie waren normal, die Haut nicht hypotonisch, nicht elfenbeinfarben.

9. Heilung der Tabes dorsalis mit Salvarsan und Neosalvarsan, von Leredde. Leredde, einer der eifrigsten Verfechter der syphilitischen Natur der Tabes, bringt in einer größeren Arbeit das Resultat einer zweijährigen Beobachtung an Tabikern, die er mit Salvarsan bzw. Neosalvarsan behandelt hat. Er gibt 0,01 pro Kilogramm Körpergewicht dreimal in achttägigen Abständen intravenös; nach einer Pause von 3—4 Wochen wird die Serie wiederholt. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Tabes auf diese Weise sicher geheilt werden könne, eher als mit Quecksilber. Deshalb sollte jeder Tabiker einer ordentlichen Salvarsanbehandlung unterzogen werden.

In der Diskussion wird Leredde verschiedentlich widersprochen und darauf hingewiesen, daß man in vielen Fällen nur von einer Besserung der Symptome, nicht von einer Heilung sprechen könne.

10. Myiasis repens durch Hypoderma bovis, von F. Balzer, Dantin und Landesmann. Die 20jährige Patientin hatte im Sommer Kühe gewartet. Anfang März trat am rechten Ohre eine intensive, stark schmerzende Schwellung auf, die sich rasch vergrößerte. Nach einigen Tagen entstand ein Loch, durch das eine Larve extrahiert wurde; darnach verschwanden die Beschwerden. Aber nach einigen Tagen trat an der linken Schulter eine schmerzhafte Schwellung auf, die sich über die suprasternale Region nach der rechten Schulter und dann zum Halse hinaufzog; dort wurde wieder eine Larve entfernt. Die Patientin hatte die Wanderung der Larve gefühlt; man konnte sie aber auch tasten und sehen, da die Larve die Haut aufhob, einen runden Strang bildete und einen roten Streifen hinterließ. Nach mehreren Tagen trat in der Gegend der rechten Spina iliaca anterior superior abermals eine Schwellung auf, aus der eine Larve kam. Die Larven stammten von Hypoderma bovis. Verfasser besprechen dann näher die in Frankreich beschriebenen Fälle dieser Affektion und deren Pathogenese. Die Eier haften an den Haaren der Rinder und können von dem Wartepersonal leicht verschluckt werden. Die aus dem Ei kommende Larve durchbohrt den Ösophagus und bleibt in dessen Nähe über den Herbst und Winter liegen. Gegen Wintersende haben sie das zweite Entwicklungsstadium erreicht, in dem sie Luft benötigen; deshalb machen sie sich auf die Wanderung und durchbohren an hochgelegenen Körperstellen die Haut.

11. Trichophytoide Mykose durch Carethropsis hominis, von L. Spillmann und Jeannin. Ein 53jähriger Patient bemerkte vor sechs Monaten am rechten Vorderarm ein Knötchen, das größer wurde, schließlich ulzerierte und eine fungöse Wunde hinterließ. Bei der Aufnahme fand sich eine 5—8 cm große Ulzeration, die wie eine Trichophytie aussah. Man sah mehrere konzentrische rote, infiltrierte, mit braunen Krusten bedeckte Erhebungen, die rote, schmierig belegte Ulzerationen einschlossen. Durch Jodkali wurde rapide Heilung erzielt. Die Verfasser konnten einen Pilz isolieren, der nach drei Tagen feine, sternförmig verzweigte, gelbliche Kulturen bildete, die nach zehn Tagen von einem weißlichen Staube bedeckt waren. Der Pilz wurde als Carethropsis hominis klassifiziert. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

April 1913.

1. Diffuses Elastom der Haut, von W. Dubreuilh. Verfasser beschreibt drei Fälle einer Affektion, die analog oder identisch ist mit dem Pseudoxanthoma elasticum. Nur bestehen bei diesem meist disseminierte, scharf umschriebene Einzelknötchen an

Digitized by Google

den bedeckten Körperstellen, während in den drei beschriebenen Fällen die Affektion diffus und an entblößten Stellen lokalisiert war. Sie betraf alte Leute, die wegen anderer Leiden (Epitheliom, Ulcus cruris) zur Behandlung kamen. Befallen war Hals, Nacken und Gesicht. Die Haut war diffus gelblich oder elfenbeinfarben verfärbt, im ganzen verdickt, weich, teigig, schlapp, von zahlreichen Furchen durchzogen, so daß sie den Anblick eines Pflasters oder der Gehirnoberfläche bot. Nirgends aber ließ sich Knötchenstruktur nachweisen. Histologisch fand sich zwischen Epidermis und Kutis ein $^1/_3$ bis $^1/_2$ Millimeter breiter, durch Orzein schwarz-, mit von Gieson gelbgefärbten Streifen. Er ist nach oben und unten scharf begrenzt, von der Epidermis durch einen Bindegewebsstreifen getrennt. Der Streifen ist nicht durch eine Degeneration der Kutis, sondern durch Neubildung von elastischem Gewebe entstanden. Er gibt alle Reaktionen des elastischen Gewebes und besteht aus dicht gedrängten Fasern; nirgends sind Verbindungen mit den Fasern der Kutis vorhanden. Er ist nur von wenigen Bindegewebsfasern und Gefäßen durchzogen. Kutis und Epidermis sind normal.

2. Lichenoide Tuberkulide vom Typus des Lichen Wilson (atypischer Lichen scrophulosorum), von Karl Vignolo-Lutati. Verfasser bringt einen Fall, der einem von Boselllini beschriebenen analog ist. Eine 25jährige Frau mit Lungentuberkulose litt an einer auf dem Handrücken und dem unteren Drittel der Streckseite der Unterarme lokalisierten Dermatose. Diese bestand aus scharf umschriebenen polygonalen oder runden, rötlichen oder violett schimmernden Knötchen ohne peripheren Hof, die platt oder halbkugelig waren und eine glatte, wachsartig glänzende Oberfläche hatten; einige zeigten im Zentrum eine minimale Nabelung. Die meisten standen isoliert, manche standen in Gruppen. Kein Juckreiz, keine Schmerzen. Während der vier Monate, die die Kranke noch lebte, konnte Verfasser beobachten, daß neue Effloreszenzen in Form eines erythematösen Fleckes auftraten, während die alten nach 1—$1^1/_2$ monatigem Bestande ohne Residuen verschwanden. Histologisch fand sich die Epidermis gespannt, in den unteren Schichten ödematös, die Retezapfen verkürzt oder fehlend. In den oberen Kutislagen besteht Ödem und ein dichtes diffuses Infiltrat, das von stark dilatierten Gefäßen durchzogen ist und sich nach der Peripherie zu in feinen Streifen längs der Gefäße fortsetzt. Das Infiltrat besteht aus Lymphozyten, polynukleären Leukozyten und Bindegewebszellen. Keine Riesen-, Plasma- oder Mastzellen. Mit der Weissschen Methode konnte Verfasser spärliche Tuberkelbazillen nachweisen; Verimpfung auf Meerschweinchen blieb erfolglos. Dieser Fall ist ein neuerlicher Beweis für die bazilläre Natur der Tuberkulide. Diese bieten verschiedene pathologisch-anatomische Charaktere, haben aber eine einheitliche Ätiologie und sollten besser alypische Hauttuberkulosen genannt werden. Verfasser weist darauf hin, daß Fälle von Lichen scrophulosorum beschrieben wurden, die von dem Hebraschen Typus klinisch abweichen, sowie auch solche, die histologisch anders gebaut sind. Deshalb möchte er seinen Fall als einen atypischen Lichen scrophulosorum bezeichnen.

3. Injektionen von konzentrierten Neosalvarsanlösungen, von Paul Ravaut und Scheikevitsch. Um die Übelstände, die die Verwendung des Kochsalzes oder des destillierten Wassers, sowie umständlicher Apparate bei Neosalvarsaninjektionen mit sich bringen, zu vermeiden, verwenden die Verfasser konzentrierte Lösungen, die durch sich selbst isotonisch sind. Sie haben zuerst durch Reagenzglasversuche festgestellt, daß 0,45 Neosalvarsan auf 10 ccm destilliertes Wasser, ferner 0,6 auf 12 ccm, 0,75 auf 15 ccm und 0,9 auf 17 ccm nicht hämolytisch wirken. Ferner erprobten sie durch Tierversuche und dann durch vorsichtiges Probieren am Menschen die Toleranz gegen die konzentrierten Lösungen und kamen schließlich zu folgender Technik: Neosalvarsan ist in einer 10 ccm fassenden Ampulle verwahrt; nach deren Öffnung werden 10 ccm destilliertes Wasser

Digitized by Google

(es kann auch solches des Handels benutzt werden) aufgefüllt und nach der Lösung durch einen Wattefilter in eine Glasspritze aspiriert. Die Injektion erfolgt hierauf in gewöhnlicher Weise intravenös. Die Injektionen rufen keine momentanen Störungen hervor, und auch die Venenwand wird nicht geschädigt.

Nach 6—10 Stunden tritt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit floriden Erscheinungen eine heftige Temperatursteigerung auf, die binnen 24 Stunden wieder verschwindet. Dieses Fieber tritt vor allem bei den Patienten auf, die noch keine Behandlung durchgemacht haben; dementsprechend fehlt es bei den folgenden Injektionen oder wenn einige Tage vor der ersten Spritze lösliche Quecksilbersalze injiziert wurden. Bei der zweiten Injektion kann noch mäßige Temperatursteigerung auftreten, die auf restierende Spirochätenherde zurückzuführen ist; bei den späteren ist ihr Auftreten anormal. Wenn bei den späteren Injektionen regelmäßig Fieber auftritt oder sogar sich steigert, oder wenn es erst einige Tage nach der ersten Injektion eintritt, so handelt es sich meist um eine Affektion des Nervensystems. Das Fieber kurz nach der ersten Injektion betrachtet Ravaut gleich Jeanselme als etwas Spezifisches, das durch Untergang von Spirochäten bedingt wird. Bei nicht syphilitischen Erkrankungen konnte es nicht hervorgerufen werden. In manchen Fällen fanden die Verfasser ein Ausbleiben der nächtlichen Temperatursenkung. Gleichzeitig mit dem Fieber tritt Erbrechen, Unwohlsein und Kopfschmerzen auf, welche Erscheinungen bei den späteren Injektionen verschwinden; bleiben sie bestehen, so deuten sie ebenfalls auf eine Affektion des Nervensystems hin. Außerdem wurden Durchfälle und Urobilinurie beobachtet.

Durch konsequente Anwendung der Lumbalpunktion konnten die Verfasser feststellen, daß durch Neosalvarsan auch eine Reaktion am Nervensystem hervorgerufen wird, die sich in einer Verstärkung der Liquorveränderungen nach der Injektion kundgibt. Diese Reaktion tritt aber nur in Fällen, bei denen schon vorher Liquorveränderungen bestanden, ein; das sind auch jene Fälle, die auch bei wiederholter Injektion an Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen usw. litten. Verfasser sind daher der Ansicht, daß Neosalvarsan für das gesunde Nervensystem unschädlich ist, aber auf ein bereits geschädigtes toxisch wirkt. Deshalb fassen sie die Hirnnervenlähmung nicht als Neurorezidive auf, sondern als toxische Wirkung zu starker Dosen auf ein bereits geschädigtes Nervensystem. Deshalb werden diese Lähmungen auch mit schwächeren Dosen behandelt.

Für die Praxis ergeben sich folgende Schlüsse: Man beginnt mit 0,45 und steigert in achttägigen Zwischenräumen auf 0,6, 0,75 und 0,9. Treten die nach der ersten Injektion normalen Reaktionen, wie Fieber, Kopfschmerzen usw., auch bei den späteren Spritzen, ev. in verstärktem Maße auf, soll die Dosis nicht gesteigert, eher sogar vermindert werden. Persistieren die Erscheinungen, soll man zu Quecksilber greifen. Durch vorsichtige Dosierung und eventuelle Erniedrigung der Dosis können die „Neurorezidive" verhindert werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 8, Nr. 4, April 1913.

1. Syphilis der Blase, von Alfred Lévy-Bing und Louis Duroeux. Abgesehen von syphilitischen Prozessen, die sich von der Umgebung auf die Blase fortsetzen, und abgesehen von Blasenveränderungen indirekter Art, wie sie sich in Gefolge einer Tabes und allgemeinen Paralyse finden, gibt es direkte syphilitische Veränderungen sowohl sekundärer wie tertiärer Art. Wenn auch der Nachweis solcher Veränderungen in den seltensten Fällen einwandfrei erbracht worden ist, und wenn auch die Erkrankung der

Digitized by Google

Blasenschleimhaut an und für sich keine sehr häufige zu sein scheint, so lassen sich doch in der Literatur eine ganze Reihe Beobachtungen auffinden, von denen auch eine ziemliche Anzahl genau genug untersucht und beschrieben worden sind, um Einwände auszuschließen. Gummen und gummöse Veränderungen der Blasenschleimhaut finden sich relativ am häufigsten, überhaupt tertiäre Veränderungen häufiger, als die anscheinend außerordentlich seltenen sekundären Affektionen; wahrscheinlich allerdings auch deshalb, weil die ersteren eher subjektive Beschwerden machen, die darauf hinweisen: Schmerzen Harnverhaltung, Hämaturie usw.

Verfasser beschreiben einen selbstbeobachteten Fall bei einer 28 jährigen Frau mit frischer Syphilis, Roseola usw., bei der sich auf dem Blasenboden nahe der linken Ureteröffnung auf hyperämischem Grunde zehn kleine Ulzerationen fanden, die unter der eingeleiteten spezifischen Behandlung vollkommen abheilten. (Das zystoskopische Bild ist in einer, allerdings herzlich schlechten Reproduktion wiedergegeben.)

2. Profetas Gesetz und die Wassermannsche Reaktion, von Berthe Sabin. Verfasserin teilt 23 Krankengeschichten mit, in denen Mütter nebst ihren neugeborenen Kindern fortlaufender Untersuchung mittels Wassermannscher Reaktion unterzogen wurden. Bei allen Müttern war der Wassermann positiv, dagegen nur bei 16 Kindern innerhalb der ersten Woche, während sieben Kinder einen ursprünglich negativen Wassermann hatten, der bei vier innerhalb zweier Monate positiv wurde, während er bei dreien 16 Monate lang negativ geblieben ist. Von den Kindern mit positivem Wassermann sind fünf innerhalb weniger Tage gestorben. Die anderen wurden mit Erfolg einer spezifischen Behandlung unterzogen. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß Kinder von Müttern mit manifester Syphilis im allgemeinen als syphilitisch zu betrachten sind. Die wenigen Kinder, die über das erste Lebensjahr hinaus dauernd negativen Wassermann zeigen, können wohl frei von Syphilis sein. Kinder mit positivem Wassermann sollen stets der eigenen Mutter an die Brust gelegt werden, Säuglinge mit negativem Wassermann aber künstlich aufgezogen werden, da die Frage einer latenten Syphilis innerhalb der ersten Woche nicht zu unterscheiden ist und eine Amme in Gefahr gebracht werden könnte.

3. Neosalvarsan, Späthemiplegie, Tod, von Carle-Lyon. Ein Ehepaar, das schon seit neun Jahren mit Syphilis infiziert ist, bekommt je 0.45 Neosalvarsan intravenös zu gleicher Zeit unter den gleichen Bedingungen und von der gleichen, aus einem 0,9 g-Röhrchen hergestellten Lösung. Der Mann bleibt vollkommen reaktionslos, die Frau bekommt außerordentlich starke und andauernde Kopfschmerzen, zu denen sich in den nächsten Wochen Erbrechen, Appetitlosigkeit, fast absolute Verstopfung und Temperatursteigerung hinzugesellen. Fünf Wochen nach der Infusion rechtsseitige Hemiplegie mit vollkomener Lähmung des Armes und nur leichter Bewegungsstörung des Beines. Unter Hg-Injektionen gehen die Erscheinungen langsam, aber nicht vollständig zurück. Nach fünf Monaten kehren die heftigen Kopfschmerzen wieder, und eines Morgens erwacht die Kranke mit vollkommener Paralyse der ganzen linken Seite, während auf der rechten die Muskeln sich in Kontraktionsstellung befinden und von Zeit zu Zeit epileptiforme Bewegungen ausführen. In wenigen Tagen steigt die anfangs normale Temperatur auf 39° und 40°, die Muskelkontraktion erfaßt insbesondere die Gesichtsmuskeln, so daß die Kranke mit Klystieren ernährt werden muß, und nach 14 Tagen geht die Patientin im Koma zugrunde.

An den mitgeteilten Fall schließt Verfasser eine recht herbe Kritik der von Ehrlich bei jedem neuen Unglücksfall gegebenen „Erklärungen". Er selbst hat über 700 intravenöse Injektionen gemacht und bisher noch keine schweren Zustände dabei erlebt, möchte aber aus diesem Fall die Erfahrung ziehen, daß er einem Kranken, der

Digitized by Google

irgend welche nervösen Erscheinungen, Kopfschmerzen oder dergleichen darbietet, nie Salvarsan oder Neosalvarsan wieder geben wird, sondern immer nur Quecksilber.

4. Positiver Wassermann bei einer 46 Jahre lang bestehenden Syphilis, von Meaux Saint-Mark. Ein in seinem 17. Lebensjahr an Syphilis erkrankter und seinerzeit (1867) regulär behandelter Patient kommt im Jahre 1903 mit typischen syphilitischen Unterschenkelgeschwüren in Behandlung, wird zur Heilung gebracht, stellt sich aber jetzt im Februar 1913, in seinem 63. Lebensjahr, mit Rezidiven vor, deren Beginn etwa vier Jahre zurückreicht. Eine vorgenommene Blutuntersuchung ergibt einen stark positiven Wassermann.

5. Gummöse syphilitische Infiltration, die eine Phlegmone vortäuscht, von Meaux Saint-Mark. Es handelt sich um eine entzündliche Infiltration und Schwellung des linken Unterarmes bei einem 49jährigen Manne, der zwei Jahre vorher mit rupiaartigen und gummösen Veränderungen behandelt worden war. Der Arm bietet das typische Bild einer Phlegmone mit Fluktuation, Schmerzhaftigkeit usw. Ein Einschnitt fördert aber nur etwas blutiggefärbte seröse Flüssigkeit zutage. Wassermann positiv. Auffallende Besserung nach wenigen Hg-Injektionen.

6. Primäraffekt an der Brustwarze, von Gaucher und Giroux. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um ein 22jähriges Mädchen; der Infektionsmodus konnte nicht ermittelt werden.

7. Verschlimmerung einer Tabes nach Salvarsan, von Gaucher und Giroux. Eine 38jährige Frau, die sich schon im 17. Lebensjahre mit Syphilis infiziert hatte, aber nur sehr unregelmäßig behandelt worden war, klagt über lanzinierende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Sie bekommt in Abständen von je acht Tagen fünf intravenöse Salvarsaninjektionen (von nicht mitgeteilter Dosis). Nach jeder Injektion tritt eine Exazerbation der Schmerzen auf; nach der letzten Infusion beiderseitige Amblyopie, Lichtreflexe fehlen, Patellarreflexe stark herabgesetzt, kein Romberg, keine Gehstörungen.

W. Lehmann-Stettin.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Bd. 54, Nr. 2, 1913.

Kurze Bemerkungen zu den Resultaten von 1600 Wassermannschen Reaktionen, von Pasquale Minassian. Der Verfasser untersuchte das Blutserum bei den verschiedensten luetischen und nichtluetischen Affektionen und kam zu denselben Resultaten, wie sie allgemein bekannt und akzeptiert sind. Am interessantesten ist die Zusammenstellung seiner Resultate bei behandelter Syphilis. Es wurden 50 Patienten nur mit Salvarsan behandelt. Die Wassermannsche Reaktion wurde frühestens drei Monate, teils erst ein Jahr nach der letzten Behandlung, vorgenommen und fiel 19mal, also bei 38%, positiv, fünfmal zweifelhaft aus. Unter den positiven Fällen hatten zwölf eine Gesamtdosis von 1—1,5 g, die übrigen von 1,6—2 g und mehr enthalten. Bei 35 Kranken, welche zugleich mit Quecksilber und Salvarsan behandelt wurden, wurde viermal, also bei 11,5%, eine positive, zweimal eine zweifelhafte Reaktion festgestellt. Als Quecksilberpräparat wurde Kalomel verwendet, die Gesamtdosis des Salvarsans schwankte zwischen 1,25—1,75. Die Untersuchung fand ebenfalls mindestens drei Monate nach der letzten Behandlung statt. 102 Kranke wurden nur mit Quecksilber, und zwar mindestens zwei Jahre lang, teils auch vier Jahre lang behandelt. Hier fanden sich 19 positive (18,5%) und sieben zweifelhafte Resultate. Die Untersuchung wurde frühestens sechs Monate nach der letzten Behandlung vorgenommen. Sublimat und Kalomel waren als Quecksilberpräparate verwendet worden. Die Kombination beider Mittel gab also die besten Resultate.

Digitized by Google

Einige mit Salvarsan behandelte Fälle von Syphilis, Lepra und Psoriasis, von Alberto Serra. Bei seinen klinischen Versuchen fand der Verfasser, daß das Salvarsan eine sehr große Affinität zu dem spezifischen Syphiliserreger hat und daß es in kürzester Zeit in jeder Periode der Syphilis die syphilitischen Läsionen zum Verschwinden brachte. Meistens übertrifft das Mittel das Quecksilber an Schnelligkeit und Intensität der Wirkung, in anderen Fällen ist es weniger wirksam als Quecksilber und in nur wenigen seltenen Fällen versagt es vollständig. Auch bei wiederholter Injektion kann von einer Therapia sterilisans magna keine Rede sein. Die besten Dauerresultate gibt die Methode der Kombinierung von Salvarsan und Quecksilber. Mit Vorsicht und in geeigneten Fällen angewandt, ist Salvarsan unschädlich. Es kommt in folgenden Fällen in Betracht: 1. bei Idiosynkrasie gegen Quecksilber; 2. wenn die Merkurialkur nicht genügt, um der Krankheit Einhalt zu gebieten; 3. bei Syphilis maligna und bei schwerer Affektion des Allgemeinbefindens; 4. bei Syphilis gravis, welche direkt das Leben bedroht zur Erreichung einer möglichst schnellen Wirkung; 5. in Fällen, in denen man aus prophylaktischen Gründen ein schnelles Verschwinden der Krankheitskeime wünscht.

Die Lepra des Augapfels und seiner Adnexe, von Achille Breda. Die Lokalisation der Lepra am Augapfel ist eine sehr häufige. Der Verfasser fand sie unter 40 Fällen 29mal. Gewöhnlich ist das vordere Segment des Augapfels ergriffen. Nur in einem einzigen Falle konnte ophthalmoskopisch eine Chorioiditis festgestellt werden. Symptomatologie und mikroskopische Anatomie werden eingehend geschildert.

Über einen Fall von Myzetom der Wange, von A. Carini. Ein 44jähriger Mann zeigte auf der linken Wange eine von der Infraorbitalgegend bis zum Unterkiefer reichende bläulich verfärbte, brettharte Infiltration der Haut, welche unverschieblich mit dem Knochen verwachsen war. Die Oberfläche derselben war nicht glatt, sondern mit kleinen Knötchen besät, die bei der Eröffnung eine sanguinolente mit weißgelben Körnern versetzte Flüssigkeit aussickern ließen. Außerdem fanden sich noch kleine Abszeßchen, deren Eiter dieselben Körner enthielt. Bei der mikroskopischen Untersuchung dieser Körner fand sich, daß sie aus zahllosen Myzelien eines Pilzes zusammengesetzt waren. Am Rande wurden ferner dichotomisch geteilte Stäbchen gesehen, aber keine keulenförmigen Formen, so daß die Diagnose nicht auf wahre Aktinomykose gestellt werden konnte. Eine Kultur des Pilzes mißlang. Heilung trat durch Jod ein.

Über den Gebrauch des Kohlensäureschnees bei einigen Hautkrankheiten, von Callisto Bua. Für gewöhnliche Warzen bildet der Kohlensäureschnee die Methode der Wahl. Für Keloide ist er dem Radium gleichwertig, ebenso bei Angiomen und Lymphangiomen. Gute Resultate können auch beim Hautepitheliom und Lupus vulgaris erzielt werden. Bei Lupus erythematosus soll er wenigstens versucht werden. Auch bei einem Fall von Lichen verrucosus wurde eine gute Wirkung erreicht. Was die Technik anbetrifft, so soll der Druck sowohl als die Dauer der Applikationen je nach der Art und der Tiefenausdehnung der Läsion variiert werden. Bei planen Angiomen z. B. soll man nur kurze Applikationen (10—20 Sek.) anwenden, bei hyperkeratotischen Läsionen, bei Keloiden und Epitheliomen entsprechend längere. Niemals soll aber die Sitzung über eine Minute ausgedehnt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Dermatologia.

Bd. 1, März 1913, Nr. 4.

(Russisch.)

1. Über einen Fall von Dermatitis mercurialis, kompliziert durch Vitiligo, von A. Jordan. In dem betreffenden Falle spricht Verfasser über die Beobachtung

Digitized by Google

einer schweren universellen Dermatitis bei einer 25jährigen Dienstmagd, welche wegen syphilitischer Rhinitis Tropfen gebraucht hatte, die von einem Kurpfuscher herrührten. Nach dreiwöchentlichem Gebrauch dersolben hatte sich der Ausschlag eingestellt. Die Dermatitis war begleitet von Fieber, Stomatitis, Durchfall, leichter Nephritis und Otitis media utriusque lateris. Die Diagnose wurde durch den Nachweis von Hg im Urin (0,003 im Liter), den Verlauf und die Eosinophilie gesichert. Das Blut enthielt nämlich neutrophile Zellen zu 38%, eosinophile Zellen zu 34%, mononukleäre große Zellen zu 8%, mononukleäre kleine Zellen zu 12% und Übergangsformen zu 8%. Unter allgemeiner Schuppung der Haut schwand langsam der Ausschlag mit Hinterlassung symmetrisch angeordneter Vitiligoflecken von verschiedener Größe auf dem Rücken, in den Leisten, auf dem Bauche, auf den Unterschenkeln und in den Supraklavikulargruben.

2. Die Bedingungen für die Infektion der Kinder mit Blennorrhoe nach den Daten des Kalinkinhospitals für acht Jahre, von Schiperskaja. Nach den Erfahrungen der Verfasserin im Kalinkinhospital nimmt die Zahl der tripperkranken Kinder von Jahr zu Jahr zu, wobei die Kranken familienweise eintreten. Mit dem Alter steigt die Erkrankungsziffer, wobei die Infektionen nicht nur unter der armen Bevölkerung, sondern auch unter der wohlhabenderen beobachtet werden. Der Tripper der Kinder führt zu Komplikationen seitens der Augen, der Gelenke usw. Als Infektionsquellen gelten die gemeinsamen Bettstellen, Wäsche, allgemeine Aborte, die Bedienung, speziell die Wärterinnen, Badestuben, Schändung, Masturbation.

In 89% erfolgt die Ansteckung der Kinder infolge Unkenntnis und Gleichgültigkeit der Eltern, darum muß zu den Maßregeln der Bekämpfung außer der Behandlung und Isolierung die Bekanntmachung der Eltern mit der Art der Ansteckung und den Mitteln ihrer Vorbeugung gezählt werden.

3. Zur Frage der Lues cerebelli im Zusammenhang mit der Lehre von der Physiologie und Pathologie des Kleinhirns, von Gundorow. Nach einer ausführlichen Besprechung der Physiologie und Pathologie des Kleinhirns führt Verfasser in Kürze 30 aus der Literatur gesammelte Fälle von Lues cerebelli an. Dieselbe kann entweder eine gemischte sein, d. h. die Erkrankung des Kleinhirns gesellt sich zu einer solchen des Gehirns oder sie kann eine rein lokale, sich nur auf das Kleinhirn beschränkende sein. Ist erstere schon selten, so ist es letztere noch mehr, und Verfasser ist in der Lage, einen Fall beschreiben zu können, wo sich bei einem 58jährigen Manne, der vor fünf Jahren Lues akquiriert hatte, Symptome einstellten, welche auf ein Gumma im Kleinhirn mit spezieller Lokalisation im Wurmfortsatz bezogen werden mußten (Neigung des Kranken, auf die linke Seite zu fallen). Es bestanden wohl gleichzeitig auch Anzeichen einer basilaren Meningitis, die aber im Vergleich zu den für die Erkrankung des Cerebellum charakteristischen Symptomen bedeutend zurücktraten. Unter einer kombiniert spezifischen Behandlung (Einreibungen und JK) verschwanden alle Krankheitserscheinungen.

4. Xanthoma multiplex pseudodiabeticum cum lymphadenitide xanthomatosa, von Lebedew. Verfasser beschreibt einen merkwürdigen, anscheinend einzig dastehenden Krankheitsfall, gekennzeichnet durch das Vorkommen hanfkorn-erbsengroßer, in der Haut sitzender Geschwülste von deutlich roter Färbung mit einem gelblichbraunen Zentrum, die vorzüglich auf der Stirn und an den Schläfen, aber auch unterhalb der Nase, im Schnurrbart und auf dem Kinn saßen. Ebensolche Geschwülste fanden sich vereinzelt auf dem Halse, den Händen, dem Rücken. Außerdem wurden noch geschwulstartige Bildungen und Geschwüre in der Kreuzbeingegend, auf dem rechten Oberarm und auf den Oberschenkeln beobachtet. Endlich wies der Kranke noch eine ganze Reihe anscheinend vergrößerter Lymphdrüsen auf, die aber, wie die

Digitized by Google

histologische Untersuchung dartat, auch Xanthomknoten waren. Von der Knötchenbildung war auch die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, wie der Uvula und der hinteren Rachenwand nicht verschont geblieben. Histologisch handelte es sich um Granulome, die sich aber von dem syphilitischen wie tuberkulösen Granulom durch eine Menge großer Zellen unterschieden, deren Kern blaß erschien und deren Protoplasma sich schlecht färben ließ. Bei der Färbung der Schnitte auf Fett und Lipoide zeigte sich, daß die Anhäufungen dieser Zellen von einer Menge lipoider Substanz eingenommen waren, welche die Cholestearinreaktion ergaben. Damit war die Diagnose Xanthoma gesichert, aber von dem gewöhnlichen Xanthoma diabeticum unterscheidet sich dieser Fall durch die Lokalisation der Xanthomknötchen (Fehlen derselben auf den Lidern) und vor allem durch das Fehlen von Zucker im Urin, trotz der genauesten und häufigsten Untersuchungen. Unter Arsenikinjektionen trat eine entschiedene Besserung ein.

Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. 25, Februar 1913.

1. Zwei seltene Hautfälle: Fibroma molluscum und Naevus pigmentosus, von Rasumowsski. Es handelte sich um einen Knaben mit Naevi universalis pigmentosi disseminati, pilosi et mollusciformes und um einen 62jährigen Mann mit Fibroma molluscum multiplex, welcher 5868 Geschwülste im ganzen aufwies.

2. Eine einfache Methode zum Nachweis von Leprabazillen in der Haut, von Paldrock. Das zur Untersuchung entnommene Hautstückchen wird in frisch destilliertes Wasser gelegt und so lange geschüttelt, bis sich kein Blut mehr ausscheidet. Darauf wird das Hautstückchen aus dem Wasser genommen und das überschüssige Wasser mittels Filtrierpapier aufgesogen. Nun erfaßt man mit der Pinzette das Stückchen an der Hornschicht und streicht es mit der Oberfläche des Koriums über das Deckglas, wobei man von Zeit zu Zeit das Hautstückchen an das Deckgläschen andrückt, wobei die Leprabazillen aus dem dasselbe enthaltenden Gewebe ausgequetscht werden. Die an der Luft getrockneten Deckglaspräparate werden über der Flamme fixiert und darauf mit Fuchsin und Methylenblau nach Baumgarten gefärbt. Derartig gewonnene Präparate enthalten die Leprabazillen in reichlicher Menge, nicht selten in Form von Globuli.

3. Die histologischen Veränderungen im syphilitischen Gumma und Tuberkel unter dem Einfluß der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Tschumakow. In allen Fällen von Gumma, syphilitischen Tuberkeln und Geschwüren war die Wirkung des Salvarsans auf die Kapillaren, kleinen Arterien, Venen und die Lymphgefäße dieselbe. Zuerst — die Untersuchungen werden 24 Stunden nach der Injektion begonnen — tritt eine Erweiterung der vor der Behandlung verengten Arterien und Kapillaren ein, verbunden mit arteriellem Zufluß und Blutaustritten (Stadium der Hyperämie). Nach zwei Tagen hört die Erschlaffung der Gefäßwand auf, und es kehrt der normale Tonus derselben wieder, indem das Lumen der Arterien wieder offen wird und eine Menge Leukozyten enthält. Die in den Venen vor der Behandlung stark ausgeprägte Stauung schwindet, und ihre Wunden ziehen sich, kraft Besserung ihrer Ernährung, zusammen. Das vor der Behandlung atrophische, zusammengezogene Endothel der kleinen Gefäße und Kapillaren zeigt nach der Eingießung degenerative und regenerative Veränderungen, von denen sich erstere als Schwellung, fettige Degeneration usw., letztere als verstärkte Erneuerung des Endothels mit Mitosenbildung präsentieren. Am fünften bis siebenten Tag nach der Injektion sieht man ein verstärktes Wachstum jener Gefäße zum Herde

Digitized by Google

zu und eine verstärkte Emigration von Leukozyten aus den Gefäßen. Hand in Hand damit geht eine serös-fibrinöse Exsudation. Dank dieser Exsudation in Verbindung mit einer Erweiterung der Lymphwege beobachtet man eine schnelle Resorption der pathologischen Massen. Im Gegensatz zum Tuberkel, wo die degenerativen Erscheinungen vorwiegen, treten beim syphilitischen Gumma die Erscheinungen der Regeneration in den Vordergrund, wenn auch hier die degenerativen Erscheinungen nicht ganz fehlen. Über das Verhalten der Spirochäten kann Verfasser nichts sagen, da sich solche in den Präparaten nach Levadidi nicht nachweisen ließen. Auf die Frage des Verfassers, ob diese Erscheinungen als spezifisch für Salvarsan anzusehen sind, antwortet Verfasser damit, daß jede spezifische Behandlung (J wie Hg) eine erhöhte Lebensfähigkeit der Gewebe im Gumma hervorruft, so daß es nicht wunderbar ist, daß diese Eigenschaft auch dem Salvarsan zukommt.

4. Die Reaktion von Bordet-Gengou beim Tripper und beim Rhinosklerom, von Ssutejew. Auf Grund einiger Versuche spricht sich Verfasser dahin aus, daß es möglich ist, die Spezifizität der Bordet-Gengouschen Reaktion beim Tripper und beim Rhinosklerom anzuerkennen, und daß die zuerst von Tschernogubow vorgeschlagene Methode der Anwendung aktiver Sera dienlich ist bei der Reaktion Bordet-Gengou zum Nachweis des spezifischen Ambozeptors gegen den Gonokokkus von Neißer und den Bazillus Frisch. Arth. Jordan-Moskau.

Zeitschrift für Urologie.

Band 7, Heft 5, 1913.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Gonokokkenvakzine bei chronischen blennorrhoischen Arthritiden, von W. P. Semenow-Petersburg. Die polyvalente Gonokokkenvakzine ist ein spezifisches Mittel bei der Behandlung der chronischen blenorrhoischen Arthritiden. Herdreaktionen sind eine konstante Erscheinung. Die Vakzine ist zur Differentialdiagnose geeignet. Sie ist von schmerzstillender Wirkung. Die vorher erhöhte Temperatur fällt nach der Injektion zur Norm ab. Die Temperatur zwischen 37 und 38 ist keine Kontraindikation gegen die Vakzinetherapie. In einigen Fällen werden die Absonderungen aus den Genitalorganen verstärkt. Als unangenehme Nebenwirkungen zeigen sich Durchfälle. Es sind ca. 8—20 Injektionen erforderlich, die zu Beginn der Behandlung in kleinen Dosen 0,2—0,8 ccm alle 4—8 Tage, dann in großen Dosen 0,8—2 ccm in 6—7 tägigen Zwischenräumen vorgenommen werden.

Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente, von Dufaux-Berlin. Verfasser betont nochmals seinen bereits veröffentlichten Standpunkt, daß die Sterilisation auch der weichen und halbweichen Instrumente durch Hitze, das zuverlässigste aller Desinfektionsmittel, derjenigen mittels flüssiger und gasförmiger chemischer Desinfizientien bei weitem überlegen ist, und das von sämtlichen Arten der sterilen Aufbewahrung solcher Instrumente die in trockenen staubfreien, desinfizierbaren Behältnissen allen anderen, zumal derjenigen in flüssigen und gasförmigen Desinfektionsmitteln, als die weitaus zuverlässigere und schonendere vorzuziehen sei.

Zur Frage über die Anwendung der Autoserotherapie bei Hydrozele, von Zdanowicz-Petersburg. Die Technik der Autoserotherapie ist folgende: Zunächst wird mittels einer dicken Nadel 5—20 ccm Exsudat aus der Hydrozele herausgelassen, darauf wird wieder 2 ccm herausgelassen. Diese letztere Quantität wird dann mit einer dünnen Nadel subkutan in den Oberschenkel injiziert. Die Erfolge sollen gute sein. Der Tumor verkleinert sich bis zum vollständigen Verschwinden der Hydrozele.

Digitized by Google

Universal-Spülansatz, von Arthur Lewin-Berlin. Der Verfasser gibt einen Spülansatz an, der die Spülungen der Blase ohne Assistenz ermöglicht. Der Ansatz besteht aus einem Zuflußrohr und Abflußrohr. Der Spülansatz kann auch bei sämtlichen Katheterspülungen angewendet werden. (Fabrikant Georg Wolf, Karlstr. 18.)

Chrzelitzer-Posen.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 8, April 1913.

1. Beiträge zur Chirurgie der Blasen-, Prostata- und Harnröhrensteine, von Paul Steiner-Klausenburg. Eingehende Besprechung der Pathogenese der Steinkrankheit, der Indikation und der Technik der Steinzertrümmerung und des Steinschnittes. Statistik über umfangreiche Erfahrungen.

2. Komplizierter Nierentumor, von Giuseppe Romano-Neapel. Der bei der Sektion eines 23 jährigen Mannes gefundene, kompliziert gebaute Nierentumor wird eingehend histologisch beschrieben und eine Erklärung des Befundes versucht.

3. Urologisches aus der schwedischen Literatur 1910—1911, von Nils Hellström-Söderköping.

Bd. 7, Nr. 9, Mai 1913.

1. Ein Beitrag zur Kenntnis vom Ulcus simplex vesicae, von Leo Buerger-New York. „Klinische, zystoskopische und pathologische Untersuchungen in zwei Fällen von Blasenulzeration haben mit Sicherheit festgestellt, daß ein einfaches Ulcus callosum der Blase vorkommen kann und vorkommt. Seine klinischen Merkmale bestehen in intensiver Dysurie, Harndrängen, Frequenz der Miktion mit blutigem und eitrigem Urin. Diese Erscheinungen schreiten merklich vorwärts und nehmen einen chronischen Verlauf. Das Chronische dieser Krankheit und die fortschreitende Minderung der Blasenfunktion sprechen sehr für die Annahme, daß chronische Zystitis und geschrumpfte Blase häufig die Folge einer solitären Ulzeration sind. Die Gegend des Trigonum scheint von Ulzerationen des chronischen Typus bevorzugt zu werden. Obgleich als einfaches und oft als solitäres Ulkus der Blase bezeichnet, kann dieses Übel an anderer Stelle des Blaseninneren von einer oder mehreren Oberflächenerosionen der Schleimhaut begleitet sein, die zweifellos eine sekundäre Stellung zu der intensiven Zystitis einnehmen, die mit dem Ulkus im Zusammenhang steht. Die am meisten wirksame und rascheste Heilungsmethode des Übels und zugleich die einfachste ist die Exzision der ulzerierten Fläche vermittels des vom Verfasser ersonnenen Operationszystoskopes und der Zange mit tassenförmigen Fängen".

2. Strikturen der Harnröhre und ihre Beziehungen zu den Geschlechtsfunktionen beim Manne, von G. Finocchiaro de Meo-Catania. „Alle Strikturen der Harnröhre, die meist von einer einfachen Entzündung herrühren, können die physiologische Funktion der Reproduktionsorgane stören, ja sogar aufheben. Das Harnröhrenhindernis verhindert, wenn auch die Miktion bei schlaffem Penis noch möglich ist, bei erigiertem Penis die Ejakulation, sei es wegen der Klebrigkeit des Samens, sei es wegen des gestörten Tonus der Harnröhrenwände. Die Harnröhre muß überdies, um ihren physiologischen Funktionen gut zu entsprechen, empfindlich, elastisch und kontraktionsfähig bleiben; diese Qualitäten leiden durch die früheren Entzündungen des Kanales, und es werden in beträchtlichem Maße die genetischen Funktionen gestört. Folgen der Strikturen der Harnröhre sind: das Ödem der Vorhaut, die Verhärtung des Penis, die verspätete Ejakulation, die verminderte Kraft in der Ejakulation des Samens, die Sterilität, die Impotenz, die Atrophie des Hodens. Um die genitalen Funktionen zu bessern und die Atrophie des Hodens zu verhindern, was man nur präventiv erreichen kann,

Digitized by Google

muß man die Obstruktion des Kanals beheben; auf diese Weise wird man nachträgliche Verstopfungen des Vas deferens, Entzündungen der Samenblasen, entzündliche Schwellungen der Prostata und nachträgliche Verengerungen der Ductus ejaculatorii verhindern. Da wir nun die schädlichen Folgen einer Verminderung des Lumens der Harnröhre kennen, und da wir wissen, welche Geistesstörungen diese Läsionen bei den Patienten verursachen können, so ist es unsere Pflicht, auf die sogenannte sexuelle Neurasthenie sehr acht zu geben, da sie in den meisten Fällen eine pathologische Grundlage hat. Unsere chirurgischen Mittel, wie die Urethrotomie, die Elektrolyse, die Dilatation, werden bei guter Anwendung noch Patienten wiederherstellen, die sonst impotent bleiben würden."

3. Nieren- und Ureterenchirurgie im Jahre 1912. Übersichtsreferat von Paul Wagner-Leipzig. W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Röntgenstrahlen, Radium und Licht in der Dermatologie, von E. Kromayer. (Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken [Heinz Bauer], Bd. 7. Berlin, H. Meusser.) Wenn man nicht wüßte, daß Kromayer ein ausgezeichneter Lehrer und Therapeut ist, so würde man aus diesem kurzgefaßten Kompendium der Strahlentherapie in der Dermatologie es ersehen können.

Das vorliegende Büchlein behandelt in ungemein knapper aber gemeinverständlicher und überall durch die Fülle von eigenen Erfahrungen und geistvollen Ideen anregender Weise das Gebiet der Strahlentherapie in der Dermatologie, nicht wie die meisten anderen Lehrbücher dieser Art lediglich vom Standpunkte des Radiotherapeuten, sondern von dem des Dermatologen. Heute wo die Wogen des kritiklosen Enthusiasmus der physikalisch-radiologischen Methoden sich etwas verlaufen haben, ist ein derartiges kritisches, von einem Hauptforscher auf dem Gebiet der Strahlentherapie stammendes Werk von besonderem Wert. Wir können die Lektüre dieses Büchleins jedem dringend empfehlen; besonders auch jedem praktischen Arzte, der sich kurz über dieses interessante Gebiet informieren will. Sehr beachtenswert sind die Kapitel über Strahlenmessung (Kap. 5) und Verabreichung einer bestimmten Strahlendosis; außerordentlich wichtig sind die Feststellungen des Verfassers über Röntgenschädigungen (Kap. 8). Verfasser verwirft die Erythemdosis von Sabouraud, die er als um $^1/_4$ zu hoch ansieht.

Im speziellen Teil findet nicht nur der praktische Arzt, sondern auch jeder Spezialist eine Fülle von Anregungen und Beobachtungen. Des Verfassers Standpunkt in der Psoriasis- sowie Karzinomfrage möchten wir völlig unterschreiben. Eine etwas weniger kurze Behandlung der Lupus- und Karzinomtherapie wäre bei künftigen Auflagen wohl am Platze. Besonders unterschreiben möchten wir noch die Ausführungen des Verfassers über die Röntgenepilation bei Hypertrichosis auf Seite 89—90. Paul Unna jun.

Verschiedenes.

Privatdozent Dr. W. Heuck in Bonn hat sich in München habilitiert.

Als Hauptverhandlungsthema für die heurige Versammlung der **Association Française d'Urologie** wurde Perizystitis bestimmt. Referent ist Aversenq-Toulouse.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Juli 1913 | Nr. 28 | Band 57

Aus der k. k. böhmischen dermatologischen Klinik in Prag
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. V. Janovský).

Über eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis.

Von

Dr. Ant. Týb, Assistent der Klinik.

(Mit 1 Abbildung.)

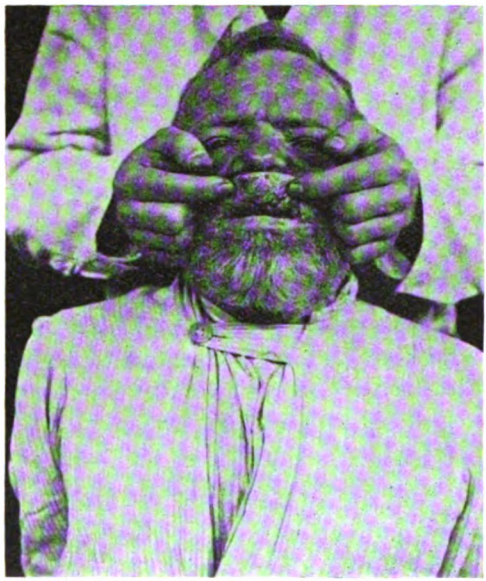
Trotzdem sich meistenteils die einzelnen Hautkrankheiten in bestimmte Typen reihen lassen, finden sich doch ab und zu Fälle, welche man nur schwer ohne weiteres in die bestehenden Schemen einreihen kann. Sogar bei den jetzt schon in das feinste Detail durchforschten Syphilisformen stoßen wir doch auf Einzelheiten, welche uns zwingen, uns eingehend mit denselben zu befassen. So war es auch in einem Falle, dessen Beschreibung nun folgt.

Ein 52 Jahre alter Patient V. C. (aufgenommen sub Nr. 9976) suchte die Klinik wegen einer ihm höchst peinlichen Lippenaffektion auf, welch letztere ihn — wie er angibt — allerdings nur in geringem Maße, bereits durch 11 Jahre belästigt. Er schreibt dieselbe einer vor Jahren erfolgten Verbrennung mit der Zigarette zu; den kleinen, in der Mitte der Oberlippe sich bildenden Schorf riß er immer ab, so daß die kleine Wunde nie heilen konnte. In der letzten Zeit bildeten sich allmählich an der ganzen Oberlippe, später auch an der Unterlippe geschwulstartige Massen, so daß besonders die Oberlippe stark vergrößert war, wobei den P. eine reichliche Salivation stets belästigte. Aus der weiteren Anamnese geht folgendes hervor: Der Kranke ist Vater einiger erwachsener gesunder Kinder, seine Frau ist ebenfalls gesund; dieselbe hatte weder Aborte noch sonst eine auf Lues hinweisende Erkrankung durchgemacht. Der P. selbst ist mit Ausnahme seines jetzigen Leidens ganz gesund. Starker Zigarettenraucher und ziemlich starker Trinker. Vor zirka 20 Jahren akquirierte derselbe einen Schanker, welcher nur lokal behandelt wurde. Von Allgemeinerscheinungen weiß P. nichts, und er machte auch keine antiluetische Kur durch.

Als P. in unsere Klinik aufgenommen wurde, bot sich folgender Status praesens: Die Haut um den Mund herum zeigt eine knollenartige Schwellung, so daß die Lippen — besonders die Oberlippe — elefantiastisch verdickt erscheinen. Einzelne kleine Hautbezirke sind geschwulstartig emporgehoben, zwischen ihnen verlaufen zahlreiche Furchen. Dabei bleibt die Haut vollständig glatt und trocken, an den Lippen ist sie fast normal gefärbt, das Lippenrot matt livid mit etwas grauem Ton. Die Konsistenz der einzelnen knollenartigen Geschwülste ist derb, jedoch nicht gerade hart. Die ganze Affektion macht den Eindruck einer chronisch ödematösen, faltigen Haut, an der sich

Digitized by Google

wiederholte Erysipelattacken abgespielt hätten, so besonders an der Haut um die Mundwinkel herum. Die nächstliegende Schleimhaut der Lippen weist dieselben Veränderungen auf; nur sind sie hier stellenweise kombiniert mit einer Leukoplakie, sowie mit einer durch den reichlich herabfließenden Speichel sich bildenden Mazeration. Die Gingiva und die Zunge sind ganz normal. In der Mitte des Lippenrots der Oberlippe befindet sich eine etwas erhabene Stelle von der Größe eines Markstückes, die mit schwärzlichen, schmutzigen, schwartigen Krusten bedeckt ist. Auf den ersten Blick unterscheidet sich diese Affektion scharf von den eben beschriebenen tuberösen Geschwulstmassen. (Abbildung.) Nach der Entfernung der bröckeligen, leicht zerbrechlichen Kruste erscheint ein Herd von dichtgedrängten papillären Geschwülstchen, welche dünn, filiform, hellrosa bis hellrot von Farbe, sehr leicht blutend und stark empfindlich sind, ihre Oberfläche ist überall mit weißlichen, käsigen Massen bedeckt.



Die serologische Untersuchung ergab einen kompletten Wassermann. Eine brandwundenähnliche Narbe, an der Stirne links, erklärt der Patient als Folge eines Traumas, es scheint jedoch eher ein spontan abgeheiltes, oberflächliches Gumma die Ursache zu sein.

Die histologische Untersuchung einer Partie der knolligen Geschwulstmassen (ohne die papillären Wucherungen) der Oberlippe ergab einen interessanten Befund.

Bei ganz normaler Epidermis handelt es sich um ein kolossales Plasmom der Kutis. Die Papillen sind dadurch breitgedrückt, da das Plasmom bis an die Epidermis heranwuchert. Die Gefäße sind erweitert, ihre Wände dabei verdickt, die Intima gewuchert. Eine reichliche Füllung der Gefäße mit roten Blutkörperchen. Leukozytose unbedeutend. An dem lichten Saum um die Gefäße finden sich fast ausschließlich Plasmazellen, nicht nur kleine, sondern auch in großen, polygonalen, gut sich färbenden Exemplaren dicht angepreßt. Dieselben wuchern überall, auch zwischen den einzelnen Läppchen der stark hypertrophischen Drüsen, verdrängen das Kollagen und die hier und da heranwachsenden Bindegewebszellen. Die feineren Netze der elastischen Fasern in den Papillen sind ganz verschwunden.

Als uns nach gesamten Untersuchungen und aus dem histologischen Bilde die luetische Basis des Prozesses klar geworden war, injizierten wir dem Patienten Salvarsan, und zwar zuerst intraglutäal (0,6). Schon am nächsten Tage wurde P. von seiner lästigen Salivation vollständig befreit. In den nächsten Tagen nahmen die Lippen am Gesamtumfange ab, die Konsistenz der krustigen, tuberösen Geschwulstmassen wurde langsam schlaffer.

Digitized by Google

Die Oberhaut blieb ganz normal, es kam weder zu Abschuppungen noch zu sonstigen irgend welchen Veränderungen. Der Patient wurde weiter antiluetisch behandelt (Ricordsche Solution usw.). Dabei blieb der Herd der papillären Geschwulst vollständig unverändert. Unter Resorzindunstumschlägen zeigten die einzelnen rosigen Papillen eine weißliche, später bräunliche Färbung der Epidermisschichten, was den Verhornungsprozessen zuzurechnen ist. Leider konnten wir zu dieser Zeit kein Untersuchungsmaterial von der Geschwulst zur Untersuchung bekommen, da P. jeden chirurgischen Eingriff ablehnte. So mußte sich auch die Therapie bloß auf Paquelinisationen beschränken. Doch wurde später ein reichliches Material gewonnen, worüber unten berichtet werden soll.

Nach einmonatlicher Behandlung verließ P. die Klinik sehr gebessert, so daß er seine Stellung als Oberschaffner bei der Eisenbahn wieder antreten konnte.

In sechs Monaten jedoch kam derselbe wieder mit seinem Leiden zur Aufnahme. Die Haut der Lippen wies zwar dieselben Veränderungen auf wie das vorigemal mit dem Unterschiede, daß die ganze Oberlippe am Übergange in die Schleimhaut in ein geschwulstartiges Gebilde umgewandelt ist, welches mit schmutzigen, schwarzbraunen, dicken, schmierigen Massen bedeckt war. Nach deren Entfernung zeigten sich wiederum dichtgedrängte papilläre Exkreszenzen von dem bereits beschriebenen Aussehen. Allerdings war jetzt der größte Teil der Oberlippe mit Ausnahme der Mundwinkel am ganzen Lippenrot und teilweise auch an der Schleimhautfläche mit den erwähnten Geschwülsten besetzt. Die Unterlippe und das Zahnfleisch sind vollständig frei.

Die Untersuchung eines exzidierten Stückes der papillären Partie zeigt folgendes: Die Veränderungen sind nicht mehr auf die Kutis begrenzt geblieben, sondern es erscheint diesmal die Epidermis stark mitbeteiligt. Eine enorme Wucherung und Hypertrophie der Stachelzellen springt sofort ins Auge. Die Papillen sind filiform verlängert und erscheinen — schon makroskopisch — als lange Fäden, deren Epidermis überall an der Oberfläche stark verhornt ist. Nach Gram-Weigert können wir die mantelartige Verhornung der einzelnen Zellen ziemlich tief verfolgen. Die interzellulären Brücken sind infolge länger andauernden Ödems ziemlich stark gelockert, jedoch gilt dies nur stellenweise, und mehr von der superbasalen Schicht. In den fadenförmigen papillären Erhebungen bleiben die Epithelfasern sehr gut erhalten. Die Herxheimerschen Spiralen sind fast überall verschwunden, wiederum ein Zeichen von länger andauerndem, starken Ödem in der Basalschicht und den anliegenden Bindegewebspartien. Nirgends kommt es zu einer ausgesprochenen Vakuolisation der Epithelzellen. Hier und da kann man eingedrungene Leukozyten in den Lymphspalten antreffen. Der ganze Prozeß der Akanthose scheint an den meisten Stellen die Höhe zu übersteigen, da sich relativ wenige Teilungsfiguren konstatieren lassen. Die elongierten Papillen enthalten reichlich Gefäße, deren Wände von Plasmazellen — meist großen — eingehüllt sind. Die klaffenden Venen sind mit roten Blutkörperchen vollgepfropft, so daß wir uns die häufigen Blutungen selbst bei geringstem Trauma so leicht erklären können.

Gegen die subpapilläre Schicht ist die Epithelwucherung fast in gerader Linie scharf abgegrenzt. An den Randpartien der papillären Exkreszenzen kann man die frische Akanthose der senkrecht wuchernden Epithelzapfen, die nirgends eine Neigung zur Verzweigung zeigen, beobachten.

Die anderen entzündlichen Veränderungen der bindegewebigen Teile

Digitized by Google

entsprechen vollständig dem oben beschriebenen Bilde des spezifischen Plasmoms. Kleinere Abweichungen von diesem Bilde sind auf die therapeutischen Erfolge zurückzuführen. Man findet das Plasmom nicht mehr so dicht, welcher Rückgang von einer Wucherung der spindeligen Bindegewebselemente und Vermehrung des Kollagens begleitet ist. Die Schleimdrüsen erscheinen immer noch stark hypertrophisch und sind überall von reichlichen Plasmazellen umgeben und durchwuchert. Die Befunde des überaus reichlichen Materials, welches durch die folgende Radikalexstirpation gewonnen wurde, stimmen in allen Partien vollständig überein.

Nach dieser kurzen kasuistischen Schilderung des Falles sehen wir, daß es sich um zweierlei Prozesse handelt: 1. um eine in so hohem Grade sehr selten vorkommende syphilitische Affektion und 2. um ein ebenfalls in diesem Grade so seltenes, sekundär sich anschließendes Akanthom.

In Anbetracht des Grundprozesses (ad 1) geht es aus dem Gesagten klar hervor, daß wir eine jahrelang sich ausbildende, fortschreitende Spätform der Syphilis vor uns haben. Es handelt sich um tuberöse Knotenformen, welche dadurch entstehen, daß sich entzündliche Prozesse luetischen Charakters an den Gefäßen und ihrer Umgebung von neuem entwickeln. Es kommt vor, wie in unserem Falle, daß die Epidermis von diesen Prozessen sehr lange Zeit verschont bleibt. Die beschriebenen Plasmome, die zur Bildung mehr oder weniger dicker, tuberöser, breiter Gebilde führen, die von tiefen Furchen durchsetzt sind, werden von einer vollständig trockenen, fast normalen Haut bedeckt, deren Farbe graurötlich, etwas livid erscheint. Die Lippenschleimhaut zeigt über den Geschwülsten leukoplakische Beläge, welche sowie die hier und da vorkommende Mazeration als solche sekundären Charakters anzusehen sind, und welche durch lokale Verhältnisse (schlechte Zähne, Salivation usw.) bedingt sind.

Diese Form der Spätsyphilis gehört zu jenen chronischen Prozessen, die, immer noch mehr an die Gefäßbahnen gebunden, ein Bild einer diffusen Wucherung darbieten, Prozesse, die nur sehr selten zu sekundär auftretender Kolliquation führen und als Resultat ein krustöses oder gummöses Geschwür bilden. Weder in unserem Falle, noch in den übrigen sonst beschriebenen kommt es zu solchen Resultaten. Bidon spricht schon von Syphiloma hypertrophicum diffusum, welches auch uns als Beispiel gelten soll. Diese Spätsyphilide treten erst nach vielen Jahren bei den Luetikern auf (nach Mráček 15—23 Jahre) und erscheinen an der Lippenhaut, Wangenhaut oder sonstigen Stellen des Gesichts. Sie führen fast nie zu ulzerösen Formen. Ihr histopathologisches Substrat ist, wie auch aus unseren Bildern deutlich hervorgeht, hauptsächlich ein an Blutgefäße gebundenes Plasmom mit Spindelzellenwucherung. Unsere Untersuchungen auf Spirochäten blieben leider stets negativ.

Digitized by Google

Diese Prozesse sind klinisch-diagnostisch nicht zu verwechseln mit den manchmal recht ausgebildeten, hypertrophischen Papeln, die als warzenförmige Kondylome bei vernachlässigten Luesfällen in den Mundwinkeln sich etablieren. Ihr doch ganz anderes Aussehen, die gewöhnliche Kombination mit den übrigen sekundären Erscheinungen an der Haut oder Schleimhaut, dann ihr rasches Schwinden bei einsetzender Therapie können uns nicht im Zweifel darüber lassen. Dagegen konnten schon ältere Autoren (Unna u. a.) beobachten, daß die eben beschriebenen Syphilisformen äußerst hartnäckig der Therapie widerstehen. Wenn wir an dieser Stelle unsere therapeutischen Ergebnisse anfügen wollen, so müssen wir bekennen, daß sich erst nach längerer Zeit und wiederholten Salvarsaninfusionen und Merkurialkuren — wie schon besprochen — ein Erfolg eingestellt hatte. Und auch dieser Erfolg war kein absoluter, da immer noch kleine, flache Geschwülstchen an der Haut, besonders um die Mundwinkel herum, persistieren. Dies ist übrigens ganz begreiflich, da es sich ja um Plasmome handelt, die nur sehr langsam der Therapie weichen, was schon Unna vor 20 Jahren erklärte. Die Veränderungen der Plasmazellen bestehen bei der Regression meist in Vakuolisation, welche zum allmählichen Zerfall führt. Es sind das die gewöhnlichen Regressionsveränderungen, deren Bilder man bei verschiedenen anderen Prozessen der schwindenden Plasmome beobachten kann, die übrigens Unna, sowie Krzysztalowicz und andere seiner Schüler schon beschrieben hatten. Diese sind nach Salvarsanbehandlung im Grunde ganz dieselben wie anderswo.

Die zweite Phase des Krankheitsprozesses (ad 2), in welcher sich die Papillome an begrenzten Stellen inmitten der durch die eben beschriebenen Prozesse veränderten Haut zeigen, könnte man als vegetierende Form eines luetischen Prozesses auffassen. Da können wir das Krankheitsbild mit jenen Fällen vergleichen, welche als Syphilis vegetans oder framboesiformis beschrieben wurden. Allerdings ist auch in diesem Kapitel nicht alles klar genug, da einige von den beschriebenen vegetierenden Formen zu der Spätlues gezählt werden müssen, ein anderes Mal der Beschreibung nach eher dem sekundären Stadium zugehören. Die Syphilis neigt ja vom Primäraffekt an zu akanthotischen Wucherungen, welche sich manchmal im Sekundärstadium (an einigen Stellen, wie in den Analfalten, regelmäßig) durch mehr erhabene, tuberöse Papeln äußern. Es kommt dies an der Körperhaut seltener vor, und die Ursachen, die gewöhnlich den Boden bereiten, sind außersyphilitische Prozesse, wie Seborrhöe, besondere andauernde äußerliche Reizungen u. a. Ich glaube, man könnte hierher das verruköse Papillärsyphilid einreihen, welches Neumann als eine „mit papillärer Hypertrophie kombinierte Zellenwuche-

Digitized by Google

rung" schildert, „so daß die Papel eine irreguläre Form, gleich einer Warze, erhält". Diese Wucherungen der Epidermis hängen aber mit dem Syphilisprozeß zusammen und hängen von diesem vollständig ab, was ihr Schwinden und ihr Wachstum anbelangt. Es besteht hier sozusagen eine ätiologische Einheit der beiden Prozesse.

Hierher gehört auch die in neuester Zeit beschriebene Syphilis cutanea verrucosa (Demjanowitsch-Lanz), die jedenfalls eher das Attribut cornea als verrucosa (dem histologischen Bilde nach) verdient und zu den relativ seltenen sekundären Eruptionen der Syphilis gehört, die unter dem Namen Syphilis cornea bekannt ist. Allerdings ist die Lokalisation außerhalb der Palmae und Plantae sehr selten.

Von der Gruppe der tertiären Syphilide ist außer dem schon erwähnten Syphiloma hypertrophicum diffusum noch ein Fall bekannt, der dem unseren außerordentlich nahesteht. Es ist das von Unna beschriebene, tuberös vegetierende Syphilid, in welchem Falle es sich um eine der unseren ganz ähnliche Affektion handelt, die aber über die ganze Kopfhaut ausgebreitet ist.

Wir könnten zwar unsere papillären Geschwülste ganz mit demselben Rechte als Syphilide bezeichnen, wie man es z. B. bei einem papillären Lupus tut, doch wir wollen einmal eine etwas schärfere Grenze ziehen und die beiden ätiologisch nicht einheitlichen Prozesse voneinander trennen. Selbstverständlich müssen wir vorher den strengen Unterschied der Akanthose eines Kondyloms und der unseres Akanthoms betonen. Wie bekannt, gehört die erstere zum spezifischen Bilde des Grundprozesses, sie hängt in jeder Hinsicht von demselben ab, kurz: die beiden haben eine gemeinschaftliche, einheitliche Ätiologie. Ich glaube, daß die in den Lymphspalten der Epidermis sitzenden Spirochäten darauf hindeuten, daß eine Akanthose unabhängig von den Papillen, gewissermaßen selbständig vor sich gehen kann. Mit dem Schwinden der Erreger schwinden Hand in Hand das spezifische Infiltrat und die Akanthose ziemlich rasch; diesen Zusammenhang hebe ich besonders hervor.

Wenn wir aber nochmals unsere histopathologischen Bilder zusammenfassen, so erkennen wir einen chronisch-entzündlichen spätsyphilitischen Prozeß der Kutis, welcher die Epidermis jahrelang nicht im geringsten tangiert. Erst nach jahrelangem Bestand bilden sich begrenzte, einzelne papilläre Wucherungen, die sich nachher beim Rückgange des Grundprozesses nicht im geringsten an einer Regression beteiligen. Aus diesem Grunde müssen wir den Syphilisprozeß nur als einen grundbildenden, chronischen Reiz ansehen, der höchstwahrscheinlich, mit äußeren Einflüssen kombiniert (starkes Rauchen, die angegebene Wunde der Oberlippe, die nicht heilen wollte, da auch fängt die papilläre Wucherung

Digitized by Google

an), einen günstigen Boden für ein Akanthom bildet. Wie schon erwähnt, entstehen auf dieselbe Weise die papillären Formen des Lupus, wo sich ebenfalls auf einem jahrelang von einem Lupom (gewöhnlich sind das chronische, milde Formen) durchwucherten Hautboden papilläre Wucherungen entwickeln. Gegenüber den Feigwarzen kommt es sowohl in unserem Falle, als auch bei papillärem Lupus zu einer raschen, intensiven Verhornung, und erst nach der Entfernung der Hornmassen, deren Zapfen in die Tiefe greifen, erscheinen weißlich-rosige papilläre Erhebungen wie ein Positiv nach Ablösung des Negativs. Trotz dieser Verhornungsprozesse müssen wir dieselben zu der Akanthomengruppe zählen, zu der auch die Kondylomata acuminata gehören, ganz von dem Grundprozeß abgetrennt. So wie bei den spitzen Kondylomen eine Balanitis geradeso gut wie eine Blennorrhöe ein bodenschaffendes Agens vorstellt, müssen wir auch hier die Grundprozesse nur als chronische Reizungen, die der Epithelwucherung Boden schaffen, ansehen. Die papillären Akanthome gehören daher nicht zum Krankheitsbilde, und man sollte statt papilläre Tuberkulose, papillärer Lues nur papilläre Akanthome bei Lues, Lupus, Blennorrhöe usw. sagen. Wir zählen daher unseren Fall ruhig zu den selten vorkommenden extragenitalen Akanthomen, welche schon Gemy, Löwenbach, Bruhns und zuletzt Wagner beobachteten und beschrieben. Ihre Basis, die an und für sich eine äußerst interessante, ziemlich seltene Syphilisform darstellt, wurde — soweit es mir bekannt — als Grund so ausgedehnter papillärer Wucherung noch nicht beobachtet.

Daß die Ansicht, die beiden Prozesse voneinander trennen zu müssen, richtig ist, zeigt uns auch der Umstand, daß in der Zeit, wo die Oberlippe vollständig geheilt ist (durch radikale Entfernung der papillären Wucherung) und wo der syphilitische Prozeß fast verschwunden ist, an der Unterlippe, die bisher nur durch Syphilome Veränderungen aufwies, jetzt zuerst ganz kleine papilläre Herde hervorsprießen. Nach einiger Zeit, als der Patient die Abtragung aufgeschoben hatte (in einem Monat), wucherten sie schon über der ganzen Unterlippe bis in die Mundwinkel. Zur Zeit, wo sich der Grundprozeß in starkem Rückgange befindet, kommt es hier zu neuen Akanthosen, die äußerst lebhaft vor sich gehen. Die ätiologische Einheit fehlt hier absolut, da das Wachstum des einen selbst bei Regression des anderen entsteht, und zwar auf dem Boden, den ein schon abgeklungener Prozeß geschaffen hatte.

Als klinische Bezeichnung wäre am passendsten: Syphiloma hypertrophicum tuberosum, Acanthoma papillare labii oris.

Literatur.

Barone, Ref. Arch. f. Derm., Bd. 20. — Brm, Münch. med. Wochenschr., 1886, Nr. 27. — Gemy, Extragenitale Condyl. acuminata. Monatsh. f. prakt. Derm., 1894. —

Digitized by Google

Gerber, P. H., Abhandlung über Lippen-, Mund- und Rachensyphilis. In Handb. d. Geschlechtskr., Bd. 3a. — Janovsky, Hyperkeratosen (Mrácek, Handbuch III). — Joseph, Max, Handb. d. Geschlechtskr. und Mráceks Handbuch. — Juliusberg, Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64. — Kaposi, Syphilis, 1891. — Loewenbach, Festschrift für Neumann. (Spitze Kondylome der Lippen usw.) — Mrácek, Handb. d. Hautkrankh., Bd. 3a. (Die Syphilis der Haut.) — Mrácek, Syphiloma hypertrophicum diffusum. Wien. klin. Wochenschr., 1888. (Ref.) — Neumann, Syphilis, 1888. — Rasch, Derm. Centralbl., 1900, S. 162. — Reisner, Arch. f. Derm., 1894, Bd. 2. — Referate über Arbeiten von Kolaczek, Amicis, Simon. — Bruhns in Riecke, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskr. — Samberger, Fr., Dermatitis framboesiformis. Arch. f. Derm., Bd. 72, Heft 1. — Tommasoli, Syphiloderma tuberosum simplex. (Ref.) — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. — Wagner, R., Papillomata acuminata der Lippenschleimhaut. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 114. — Weber, Beiträge zur Syphilis der Lippen usw. Dissert., Würzburg 1902. — Wertheim, Münch. med. Wochenschr., 1867. (Zur Koinzidenz von Syphilis mit spitzen Kondylomen.)

Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion".

Von

Dr. Franz v. Poór,

Priv.-Doz. für Dermatologie, Abteilungs-Chefarzt im Allg. Krankenhause St. Stephan in Budapest.

(Schluß.)

Ganz andere Symptome aber werden durch eine chronische Destruktion der Nebennieren ausgelöst. Dieser Symptomenkomplex wurde im Jahre 1855 von Addison in klassischer Weise beschrieben. Die Krankheit wird durch Anämie, allgemeine Schwäche, geschwächte Herztätigkeit, gastrointestinale und nervöse Störungen und einer eigentümlichen Veränderung der Hautfarbe (Bronzehaut, Melanodermie) charakterisiert. Die Krankheit führt nach langem Verlauf zur Kachexie und Exitus.

Vom dermatologischen Standpunkte haben für uns hauptsächlich die Veränderungen der Haut und in erster Reihe die „Bronzehaut" ein Interesse, doch können wir eine befriedigende Erklärung für dieselbe heute, wo die Meinungen nicht einmal bezüglich der physiologischen Pigmentation noch vollkommen geklärt sind, kaum geben.

Die Hautaffektion beginnt in der Regel am Gesicht und an den oberen Extremitäten, setzt sich dann auf den Hals, Arme, Sternum und untere Extremitäten fort. Auch hier kann man, wie bei den Pigmentationen des Xerodermas deutlich erkennen, daß die Hautpartien,

Digitized by Google

welche der intensiveren Einwirkung der Sonnenstrahlen ausgesetzt waren, stärker pigmentiert sind. Aber nicht nur die Haut, sondern auch die Lippen, Mundhöhle, ja sogar die Konjunktiven zeigen charakteristische Pigmentationen.

Nach welcher Theorie wir auch den Ursprung des Pigmentes auffassen, unterliegt es keinem Zweifel, daß bezüglich des Entstehens der exzessiven Pigmentanhäufung in der Haut, der Melanodermie, mehrere Hypothesen verbreitet sind. Neben der krankhaften Veränderung der Zellfunktion schrieb man zur Erklärung der Pigmentationszustände, den bei einzelnen Krankheiten veränderten chromatogenen Eigenschaften des Blutes, der Hämoglobindissoziation und gewissen Veränderungen der Nervenzentra eine Rolle zu. Addison war der erste, der die Ursache der nach ihm benannten Krankheit in der Läsion der Nebenniere suchte, und seitdem betrachtet man die Nebenniere als einen Regulator der Pigmentbildung, und die Diskussion bewegt sich hauptsächlich um die Frage, ob bei der Auslösung der Pigmentation und der Krankheit die Hauptrolle den anatomischen Veränderungen in der Nebenniere selbst oder dem Nervensystem, welches die Funktion dieses Organes beeinflußt, zukommt. Nothnagel sah nach Destruktionen der Nebennieren in drei Fällen Hautpigmentationen auftreten. F. und S. Marino-Zucco beobachteten bei Kaninchen nach halbseitiger Nebennierenexstirpation nach 14 bis 24 Tagen an rasierten Hautpartien das Auftreten von linsengroßen, schiefergrauen Flecken. Ebenso bestätigten auch die Versuche von Koenigstein, daß die pigmentbildende Eigenschaft bei den Tieren ohne Nebenniere zugenommen hat, während Meirowsky nachwies, daß in den vom Körper abgetrennten Hautpartien, wenn man dieselben in den Thermostat legt, Pigmentvermehrung zustande kommt.

Koenigstein und nach ihm Biedl und Hofstaetter wiesen den Einfluß der Nebennieren auf den Pigmentstoffwechsel experimentell nach, so daß die direkte Rolle der Nebenniere, welche besonders von den Anhängern der neurogenen Theorie lange bezweifelt wurde, heute als Tatsache betrachtet werden muß. Biedl beschreibt die Rolle der Nebenniere bei der Addisonschen Krankheit in folgender Weise: „Nicht ein bestimmter Anteil, sondern die Nebenniere als ganzes Organ ist für das Zustandekommen der Erkrankung verantwortlich. Ob das Mark oder die Rinde primär erkranken, ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung."

Bertrand und Bourguelot wiesen nach, daß das tierische Pigment durch einen Oxydationsprozeß entsteht („ist die Einwirkung einer Oxydase auf die zyklischen Komplexe im Eiweißmolekül" [zit. nach Biedl]) und die Grundsubstanz des melanotischen Pigmentes durch das Tyrosin

Digitized by Google

und dessen Derivate (d-Alanyl-l-Tyrosin-l-Leucyl-l-Tyrosin, Para-, Oxy-, Phyenyläthylamin, Tryptophan) und besonders das durch die Vena suprarenalis in die Blutzirkulation gelangende Sekret der Nebenniere, das Adrenalin, gebildet werden kann. Neuberg, Jäger fand in den melanotischen Tumoren, und Meirowsky in der menschlichen Haut ein Ferment, durch welches nicht das Tyrosin, sondern dessen Abkömmling zu einer dunklen Farbstoffsubstanz oxydiert wurde.

Durch diese Versuche wurde bewiesen, daß das aus dem Blute in die Gewebe gelangte Adrenalin zur Pigmentbildung führen kann und bezüglich der Entstehung der Bronzehaut bei der Addisonschen Krankheit zu der von Adami aufgestellten und von Meirowsky weiter entwickelten Hypothese führen kann:

„Die Nebennieren regulieren den Pigmentstoffwechsel der Haut, indem sie Eiweißprodukte der Epidermis (Tyrosin und seine Derivate), welche von dort durch die Lymphbahnen abgeführt und in den Kreislauf gelangen, ständig zu Adrenalin verarbeiten. Bei Erkrankungen der Nebennieren werden diese Substanzen nicht zur Adrenalinbildung verwendet und können sich in den Geweben ansammeln. Durch die Wirkung der Oxydase werden dann diese Substanzen an exponierten Hautstellen in ein melanotisches Pigment umgewandelt. Das im Überschuß gebildete Pigment kann durch die Lymphgefäße weggeschafft werden und in die peripheren Lymphdrüsen gelangen (Schmorl). Meirowsky konnte die massenhafte Anhäufung von farblosen Propigmenten in der Haut bei intensiver Belichtung nachweisen, und seine Beobachtung an der Haut eines Addison-Kranken spricht für das gleiche Verhalten des Hautorgans bei dieser Krankheit. Er fand nämlich, daß, während die postvitale Pigmentbildung an Leichenmaterial nicht nachzuweisen ist, die Erscheinung an der Haut der Leiche einer Addison-Kranken noch fünf Tage nach dem Tode in ganz besonders intensiver Weise beobachtet werden konnte“ (zit. nach Biedl).

Diese Theorie ist unbedingt geeignet, die Pigmentanhäufung in der Haut bei der Addisonschen Krankheit in annehmbarer Weise zu erklären, doch tritt ihre hypothetische Basis sofort zutage, wenn wir in Betracht ziehen, daß die Entstehung des Adrenalin aus dem Tyrosin derzeit durchaus noch nicht endgültig bewiesen ist.

Ist aber auch die chemische Substanz und der chemische Prozeß, welcher die Pigmentanhäufung erklären würde, noch zweifelhaft, muß auf Grund der vorausgegangenen Versuche als erwiesen betrachtet werden, daß die Pigmentvermehrung mit einer chemischen Veränderung (Oxydationsprozeß) gewisser, aus dem Blut direkt oder indirekt durch einzelne Zellen hingelangter Substanzen in Zu-

Digitized by Google

sammenhang gebracht werden muß, und daß speziell bei der Addisonschen Krankheit bei diesem chemischen Prozeß das quantitativ oder qualitativ veränderte Sekret der Nebenniere eine wichtige Rolle spielt.

Naheliegend wäre der Gedanke, die Wirkung der Nebenniere auf die Pigmentvermehrung bei der Addisonschen Krankheit durch Analogie auf andere Hyperpigmentationszustände der Haut zu übertragen. Doch wenn wir diesen Gedanken einer gründlichen Erwägung unterziehen, stellt es sich sofort heraus, daß die Analogie in diesem Fall nicht angewendet werden kann.

Die Hyperpigmentationen der Haut können auftreten: 1. als physiologischer Prozeß (z. B. an der Haut der Neger), 2. als reaktive Erscheinungen ohne Störungen des Organismus (z. B. Epheliden usw.), 3. als Begleiterscheinungen bei Leiden, welche eine Erkrankung des ganzen Organismus darstellen (z. B. Syphilis pigmentosa, tuberkulöse Melanodermie, Acanthosis nigricans usw.).

Wenn wir die Hyperpigmentation auch als Oxydase auffassen, kann man doch nicht z. B. die Haut der Neger mit einer pathologisch veränderten Funktion der Nebenniere in Zusammenhang bringen. Seit den Versuchen von Finsen, Widmark u. a. ist die provokative Wirkung der Lichtstrahlen und besonders der ultravioletten Strahlen auf die Pigmentbildung der Haut vollkommen aufgeklärt. Schon der Umstand, daß die Haut der Völker um den Äquator, welche einer intensiven Insolation ausgesetzt sind, am pigmentreichsten ist und das Pigment bei den nördlicher lebenden Völkern mit Abnahme der Insolationsintensität in paralleler Weise abnimmt, ist ein Beweis dafür, daß die Hyperpigmentation nicht von der abnormen Sekretion der Nebenniere bedingt ist. In ähnlicher Weise werden die den Sonnenstrahlen am meisten, durch Kleider nicht geschützten Körperteile „gebräunt", und dies, wie auch die Entstehung der Epheliden unter Einwirkung der Sonnenstrahlen beweisen, daß man bei der Hyperpigmentation nicht im allgemeinen auf eine veränderte Funktion der Nebenniere hinweisen darf, auch dann nicht, wenn wir annehmen, daß wir es auch in diesen Fällen mit einer Oxydase, welche mit dem Adrenalin von normaler Quantität und Qualität verbunden ist, zu tun haben.

Es sind uns aber charakteristische Pigmentveränderungen bekannt, welche in zweifellos kausalem Nexus mit der Syphilis (Syphilis pigmentosa, Leukodermie), oder als Melanodermien bei der Tuberkulose (Bazin, Fournier, Thibierge und Laurent, Mouinet und Roux, Raynaud, Vignolo-Lutati usw.) auftreten, oder die noch nicht aufgeklärte, jedoch fast ausschließlich mit dem Karzinom des Tractus gastrointestinalis vor-

Digitized by Google

kommende und neben den Keratinisationsstörungen der Haut eigentümliche Hautpigmentationen erzeugende Acanthosis nigricans, welche zweifellos Erkrankungen des ganzen Organismus darstellen, daher auch die Umstände der Entstehung der Hyperpigmentation zweifellos andere sind. Die bei diesen Krankheiten auftretenden Hautpigmentationen sind weder physiologische oder einfache reaktive Prozesse, noch sekundäre Veränderungen, welche Folgen oder Begleiter vorausgegangener Hautprozesse, akuten oder chronischen Entzündungen, Blutungen, länger bestehenden passiven Hyperämien sind, wie z. B. um die Stelle der psoriatischen Plaques lange Zeit persistierende Hyperpigmentationen, sondern sie sind wahre Hyperchromien, welche durch übermäßige Pigmentanhäufung entstanden sind und welchen kein Erythem, Hämorrhagie oder eine palpable Infiltration der Haut unmittelbar vorausgegangen ist.

Bei diesen Erkrankungen kann die Hyperpigmentation — wenigstens derzeit noch — nicht den durch morphologische Veränderungen der Nebenniere entstandenen funktionellen Anomalien zugeschrieben werden, da bei denselben ein solcher Prozeß, welcher mit dem Befunde bei der Addisonschen Krankheit in Analogie gebracht werden könnte, bisher nicht beschrieben wurde. Bezüglich der Acanthosis nigricans hebt Darier direkt hervor, daß in seinem, wie in dem Falle von Kuznitzky die Nebennieren intakt gefunden wurden. Allenfalls ist noch ungelöst die Frage, ob die anderen im Blute sich abspielenden chemischen Prozesse, welche eventuell mit dem Adrenalin in gar keiner Verbindung stehen, sondern vielleicht mit der veränderten Funktion eines anderen endokrinen Organes zusammenhängen oder bei der Syphilis und Tuberkulose Produkte der entsprechenden Mikroben, bei der Acanthosis nigricans der karzinomatösen Zellgruppen sein können, nicht fähig wären der Addisonschen Melanodermie ähnliche Oxydationsprozesse der Haut zu erzeugen.

Wie auch diese Erörterungen bezeugen, hat das mit den Versuchen von Brown-Séquard im Jahre 1889 eingeleitete Studium der Sekretion der endokrinen Organe während des seither verflossenen kurzen Zeitraumes schon zweifellose Resultate produziert, und wir können hoffen, daß parallel mit der Entwicklung dieser Lehren ein bisher noch lückenhaftes Kapitel der Dermatologie aufgeklärt wird. Diesen Zweck verfolgte auch unsere Publikation.

Auf die im Beginne dieser Arbeit gestellten Fragen glauben wir in folgender Weise antworten zu können:

Laut den vorhergehenden Versuchen muß als erwiesen

Digitized by Google

betrachtet werden, daß die Hautaffektionen des Myxödems mit der Athyreose und die Melanodermie der Addisonschen Krankheit mit durch morphologische Veränderungen der Nebenniere bedingten funktionellen Veränderungen in kausalem Nexus stehen.

Daneben aber halten wir es für wahrscheinlich, daß die Ursache der senilen Involution der Haut (Atrophia cutis senilis), wie auch das atrophische Stadium des Xeroderma pigmentosum Kaposi und der diffusen Sklerodermie in den morphologischen, resp. funktionellen Anomalien der endokrinen Organe zu suchen sei.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die veränderte innere Sekretion auch die Funktion der Hautdrüsen (Hyperidrose bei Basedow, Anhidrose bei Myxödem) unmittelbar beeinflußt und in einzelnen Fällen auch auf die normalen Keratinisationsverhältnisse der Haut störend einwirkt (Dermatitiden bei Basedow, bei Akromegalie usw.). Ob man neben diesen banalen Veränderungen auch andere als genuine Hautkrankheitstypen bekannte und auf Störungen der Keratinisation (z. B. Ichthyose? usw.) oder rezidivierenden exsudativen Vorgängen beruhende sonstige Hautkrankheiten mit der Veränderung der endokrinen Sekretion in Zusammenhang wird bringen können, diesbezüglich haben wir heute noch keine Beweise, aber wir müssen mit der Möglichkeit rechnen, daß solche mit dem Fortschritt der Pathologie und Biochemie herantreten können.

Die anatomischen Difformitäten, degenerativen Zustände oder funktionellen Anomalien der endokrinen Organe sind nicht die letzten Ursachen der durch ihren Einfluß entstandenen Erkrankungen. Wie durch Autopsien bewiesen wird, können die Veränderungen dieser Organe durch die verschiedensten akuten und chronischen Infektionskrankheiten, gut- und bösartigen Tumoren, entzündlichen Prozessen usw. verursacht werden, und wir müssen mit Münzer sogar die Möglichkeit eines „Circulus vitiosus" anerkennen, laut welchem ebenso wie die Störungen des physiologischen Gleichgewichts der Hormone auf das Nervensystem einwirken, das in dieser Weise in seiner Funktion beeinflußte Nervensystem andere hormonbildende Organe zur Veränderung ihrer normalen Funktion bewegen kann.

Das Material, das über die Beziehungen der inneren Sekretion zu den Hautkrankheiten vorliegt, ist allerdings noch spärlich und ungenügend,

Digitized by Google

um sichere Schlüsse zu erlauben. Nur die Beobachtung und sorgfältiges Analysieren der Fälle, Obduktionsprotokolle und hauptsächlich der Fortschritt der Biochemie können hier weiterhelfen.

Literatur.

Addison (zit. nach Biedl). — Auspitz, Wien. med. Wochenschr., 1863. — Arnold, Zieglers Beitr. z. path. Anat., 1893, Virchows Arch., 1894, S. 135. — Bayliss, Naturforscherversamlg., Stuttgart 1906. — Bazin (zit. nach Vignolo-Lutati). — Beer, Wien. med. Wochenschr., 1894. — Bertrand-Bourguelot (zit. nach Biedl). — Biedl, Innere Sekretion, Berlin u. Wien 1913, 2. Aufl. — Darier, Acanth. nigr. in Besnier-Brocq-Jaquet, Précis de dermat. — Forster, Dtsch. Med.-Ztg., 1904. — Grohmann, Schmidts Jahrb., 245, S. 140. — N. Hyde, Amer. Journ. med. scien., 1900 (zit.: Brit. Journ. of Derm., 1903, S. 375). — Hektoen, Centralbl. f. allg. Pathol., 1897, S. 673. — Horsley (zit. nach Biedl). — Hallopeau u. Leredde, Mal. de la peau. — Jeanselme, Mercredi medical, 1895. — Königstein (zit. nach Biedl). — Kaposi, Hautkrankheiten. — Kuznitzky (zit. nach Darier). — Lorand, Das Altern, Leipzig. — Leube, Klin. Berichte, Erlangen 1875. — Löwenbach, Miáceks Handb. d. Hautkr., Bd. 3, S. 272. — Lewin u. Heller, Sklerodermie, Berlin 1895. — Meirowsky, Centralbl f. allg. Pathol., Bd. 71, S. 721; Monatsh. f. prakt. Derm., 1906. — Mannheim, Schmidts Jahrb., 223, S. 27. — Mihalkovics, Anatomie, 757 (ungar.). — v. Notthafft, Centralbl. f. allg. Pathol., 1898, S. 870. — Nothnagel (zit. nach Biedl). — Osler, Journ. of cutan. dis., 1898. — Pässler, Schmidts Jahrb., 245, S. 140. — Raynaud (zit. nach Vignolo-Lutati). — Schulze, Centralbl. f. allg. Pathol., 1898, S. 591. — Sabouraud, Ann. de Derm., 1913. — Schäffer-Neisser, Verhandl. d. Dtsch. derm. Ges., 1894, S. 551. — Singer, Berl. klin. Wochenschr., 1895, S. 226. — Starling, Naturforscherversamlg., Stuttgart 1906. — Sidlo, Schmidts Jahrb., 223, S. 27. — Szatmári, Orv. Hetilap, 1901. — Van t'Hoff, Schmidts Jahrb., 247, S. 23. — Unna, Histopathologie. — Verstraeten, Rev. de méd., 1889. — Vignolo-Lutati, Arch. f. Derm., 92, S. 343.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 6, 1913.

Spontane Rückbildung eines Naevus verrucosus unius lateris, von Bettmann-Heidelberg. An einem neugeborenen Kinde beobachtete der Verfasser am zweiten Lebenstage einen über die linke Körperhälfte in zahlreichen Linien angeordneten Naevus verrucosus, welcher ohne irgend welche therapeutische Einwirkung sich allmählich zurückbildete und schon nach fünf Wochen fast verschwunden war.

Zur Klinik der Blasensyphilis, von A. Dreyer-Köln. Eine Zusammenstellung sehr interessanter Fälle von Blasensyphilis, denen der Verfasser einen selbst beobachteten Fall beifügt. Die Fälle sind sehr ausführlich wiedergegeben.

Naevus linearis verrucosus, von R. Polland-Graz. Beobachtung eines Naevus linearis verrucosus bei einem achtjährigen Mädchen in der vorderen Medianlinie: Stirn, Kinn, Linea alba über den Mons veneris. In diesem Falle zeigt der Nävus einen auffallend warzenartigen Aufbau. Die Lokalisation stimmt mit den von Blaschko angegebenen Dermatomgrenzen überein. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Zeitschrift für Urologie.

Band 7, Heft 6, 1913.

Zur Kasuistik und operativen Behandlung überzähliger aberranter Ureteren, von Joh. Hartmann-Leipzig. Bei der 33jährigen Patientin handelt es sich um einen zweiten Ureter der rechten Niere, der in der Blase zwischen den normalen liegend eine tiefe, mit hochroter Schleimhaut versehene divertikelartige Ausbuchtung zeigt und direkt unterhalb des Orificium externum urethrae in einer haarfeinen Spaltöffnung endete. Operation führte zur Heilung.

Die Sonderstellung der Staphylomykosen der Harnwege, von Berthold Goldberg-Wildungen. Die Staphylomykosen der Harnwege haben mit den durch andere Erreger verursachten Infektionen gemeinsam, daß alle Grade und alle Lokalisationen von Erkrankung in den Harnwegen bewirkt werden, daß die Erreger sowohl exogen als auch endogen in die Harnwege eindringen. Daß aufsteigend Pyelitiden und Pyelonephritiden exzeptionell bei Harnrückstauung zustande kommen, daß aber hämatogen absteigende Staphylokokken-Pyelitiden und -Zystitiden weit häufiger sind, als man bisher annahm. Die Staphylomykosen zeichnen sich vor anderen Infektionen der Harnwege durch einige besondere Eigenschaften aus: sie sind im Anfang und bei geeigneter Behandlung leicht heilbar; daher in der Regel von kurzer Dauer. Chronische Staphylokokkeninfektionen sind selten, manche dieser Fälle sind primäre Phosphatdiathesen mit nachträglicher Staphylokokkeninfektion. Die Staphylomykosen beginnen und verlaufen oft mit Albuminurie. Bei und nach Blennorrhoen kommen alle Varietäten der Staphylokokkeninfektion zur Beobachtung. Die Verschleppung der Staphylokokken aus den Harnwegen ins Blut und in die Nieren ist lebensgefährlich.

Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Arthritis, Keratosis der Fußsohlen bei einem blennorrhoischen Patienten, von J. F. Selenew-Moskau. Es handelt sich um einen Patienten, bei dem sich nach einer Blennorrhoe obiges Krankheitsbild entwickelte. Chrzelitzer-Posen.

The urologic and cutaneous Review.

Januar 1913, Nr. 1.

1. Über chronische und rezidivierende Hautkrankheiten und ihre Beziehungen zum Herzen und dem Kreislauf, von David Walsh-London. Der Verfasser nennt die vorliegende Arbeit, deren Ergebnisse er am Schlusse in 12 Thesen zusammenfaßt, eine vorläufige Mitteilung und bezeichnet als den Zweck derselben, andere Forscher anzuregen, in seinem Sinne weitere Beobachtungen anzustellen und das von ihm geschaffene Fundament auszubauen. Walsh steht nämlich auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Standpunkte, daß faßt ausnahmslos jede schwer zu heilende oder immer wieder rezidivierende Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Seborrhoe usw.) auf Zirkulationsstörungen zurückzuführen ist, die ihren Grund in einer mehr oder weniger deutlichen Herzaffektion haben. Er geht darin so weit, daß er ausspricht: „Ich halte die Umgestaltung einer normalerweise schnell abheilenden Dermatose in eine langsam chronisch verlaufende oder rezidivierende für ein feinfühligeres Kennzeichen einer bestehenden Unregelmäßigkeit des Herzens als die klassischen Symptome, Kurzatmigkeit, Palpitationen, Ödeme der Füße usw.“ Von den 12 Thesen des Verfassers sei hier nur die letzte erwähnt: „Jeder Dermatologe, der sich und seinen Patienten gerecht werden will, muß sein Augenmerk auf die Beschaffenheit des Herzens richten, denn bei vielen Hautkrankheiten muß Diagnose, Prognose und Therapie gemäß ihren Beziehungen zur Dilatation erheblich geleitet werden.

Digitized by Google

2. Über nicht erkannte und latente Syphilis vom ärztlichen Standpunkte aus, von Wm. Pearce Coues-Boston. Trotz der immensen Fortschritte, die die Syphilidologie in den letzten Jahren gemacht habe, herrsche unter der armen Bevölkerung noch so große Unwissenheit, daß in großen Kommunen 30% der infizierten Frauen keine Ahnung von ihrer Krankheit hätten; dieser Umstand erschwere den Ärzten, die nur sehr lückenhafte Anamnesen erhielten, die Diagnose. Es sollte jeder Arzt in unklaren Fällen auf den bloßen Verdacht hin alle diagnostischen Hilfsmittel heranziehen und besonders auch die Röntgenologie anwenden, um zur Diagnose zu gelangen, da die besonders häufigen unklaren luetischen Knochen- und Gelenkerkrankungen auf diese Weise aufgeklärt wurden.

3. Bericht eines Falles von Lupus vulgaris, von Andrew I. Gilmour-New York. Nichts besonders Interessantes. Ein bei einem sonst gesunden Individuum ziemlich schnell sich ausbreitender Lupus faciei, der ursprünglich fälschlich für Lues gehalten und zehn Monate lang mit Injektionen unlöslicher und löslicher Quecksilbersalze behandelt worden war. v. Pirquetsche Reaktion war positiv, aber auch die spezifische Behandlung mit Ätzmitteln und Röntgenstahlen, die schlecht vertragen wurden, hatten keine Fortschritte zu verzeichnen.

4. Über Glykosurie in der geburtshilflichen Praxis, von Archibald L. Mc. Donald-Duluth. Verfasser betont die Bedeutung der Glykosurie bei Frauen während der Schwangerschaft und dem Puerperium. Nicht jede Reduktion von Kupfersalzen im Urin beweißt das Vorhandensein von Diabetes. Dazu ist noch die Bestätigung durch Gährung, Polarisation oder Phenylhydrazinprobe notwendig. Er unterscheidet für die Praxis drei Gruppen: 1. Bestehenden, ausgesprochenen Diabetes, 2. einfache, transitorische Glykosurie, 3. schwere Glykosurie mit möglichem Diabetes. Große Vorsicht in bezug auf Azeton und Oxybuttersäure usw. notwendig und die Diät dementsprechend zu regeln.

5. Dermatitis vegetans, von I. W. Miller-Cincinnati. Die Beschreibung eines Falles von sehr gutartiger Dermatitis vegetans, der Sitz der Affektion auf der rechten Wange unterhalb des Auges dicht an der Nase. Nachdem Tuberkulose, Blastomykose, Ringworm, Jod- oder Bromaffektion ausgeschlossen werden konnte, war die Gutartigkeit erwiesen, zumal auf Löfflerschem Blutserum und Glyzerinagar nur Kulturen von Staphylokokken wuchsen. Borsäure und einige Röntgenbestrahlungen führen zur vollkommenen Heilung.

6. Pruritus vulvae, von Arthur Stein-New York. In seiner Arbeit über diese Crux medicorum folgt Stein in bezug auf die ätiologischen Faktoren der Einteilung Dudleys in fünf Gruppen: 1. Zirkulationsstörungen (Ikterus, Diabetes, chronische Nephritis, Morphium, Alkohol und Jodoform), 2. Sekretionsabnormitäten des Uterus und der Vagina (eventuell durch Blennorrhoe oder Pessarien, 3. Parasiten (Pedikuli, Askariden usw.), 4. mechanische Ursachen, Masturbation, unmäßiges Kratzen und Reiben, 5. Wärme. In bezug auf die Therapie warnt der Verfasser dringend vor Waschungen mit Wasser, Alkohol, Sublimat und verordnet mehrmals täglich Reinigung der befallenen Stellen mit Olivenöl und Auflegen einer Salbe mit 1% Kokain, Menthol, Salizylsäure. Als allgemeines Beruhigungsmittel Bromlösungen und selbstverständlich soweit irgend möglich Beseitigung der ätiologischen Momente.

7. Bemerkungen über die spezifische Anwendung von Scharlachrot, Bismuthum subnitricum und Methylenblau, von M. M. Stark-New York. Von den drei erwähnten Mitteln hat das Methylenblau am wenigsten Beachtung gefunden, sich aber als sehr wirksames Mittel, als zweiprozentige Methylenblau-Vaseline bei Intertrigo erwiesen. Scharlachrot ist nur auf reine, nicht mehr eiternde Wundflächen zu applizieren, mit Vorsicht vor zu starken Granulationen und am besten nicht dauernd, sondern immer

Digitized by Google

nur 24 Stunden lang alternierend mit milden Salben. Das Wismut spielt, abgesehen von seiner Bedeutung für die Radiographie, eine wichtige Rolle sowohl bei internen als bei Knochenleiden und ganz speziell bei der Heilung tuberkulöser Fisteln wie überhaupt bei Fistelgängen jeder Art, auch intraabdominalen; ferner bei kalten Drüsenabszessen, bei denen es genügt, den Eiter durch eine kleine Öffnung zu entleeren und die Höhle dann mit Wismutpaste (nicht über 100 g) zu füllen, um eine Heilung zu erzielen. Nach dieser Methode hat Beck bei Psoas-Abszessen in über 100 Fällen keinen Todesfall gegenüber einer früheren Mortalität von 50%.

Bei allen drei Mitteln ist aber wegen ihrer toxischen Eigenschaften Vorsicht in der Dosierung geboten.

8. Moderne Diagnose und Behandlung von Schankroiden, von Moses Scholtz-Cincinnati. Das Schankroid ist oft nur durch den bakteriologischen Befund, d. h. das Fehlen der Spirochaeta pallida und das Vorhandensein der Ducrey-Unnaschen Streptobazillen diagnostizierbar; therapeutisch sind von chemischen Ätzmitteln empfehlenswert: rauchende Salpetersäure (? der Referent) und reine Karbolsäure. Sehr wirksam bei Neigungen zum Phagedänismus hat sich dem Verfasser die Behandlung mit X-Strahlen erwiesen und noch besser strahlende Hitze von einer 50-kerzigen Lampe, tägliche Exposition in 10—12 Zoll Entfernung mit 10—20 Minuten Dauer, je nach der Empfindlichkeit des Patienten. Von Komplikationen soll die Phimose möglichst konservativ und nur im Notfall durch Zirkumzision behandelt werden, und Radikaloperationen der Bubonen mit Herausnahme aller Drüsen hält Scholtz für unnötig resp. gefährlich.

9. Urinsteine, von William S. Ehrich-Evansville. Der Verfasser gibt einen kurzen Überblick über Diagnose und Therapie der Steine. Das Wichtigste ist zuerst Feststellung des Sitzes der Steine: „Nierenbecken, Ureter oder Blase", mit Hilfe von Röntgenstrahlen oder dem Zystoskop. Bei Nieren- und Uretersteinen ist der Verfasser für möglichst abwartende Behandlung, bei Blasensteinen, Lithotomie oder Litholapaxie.

10. Über Blennorrhoeerkrankungen der Niere, von Terry M. Townsend und Julius J. Valentine-New York. Es gibt eine blennorrhoische Nephritis; dieselbe kann zustande kommen entweder auf hämatogenem Wege oder per continuitatem, von der Blasenschleimhaut durch den Ureter ins Nierenbecken fortgeschleppt. Im ersteren Falle meist sehr akute Symptome, Fieber usw., in letzterem Falle mehr chronischen Verlauf. Die Nierenreizung wird begünstigt durch Erkältung, toxische Wirkung von Balsamizis und Oxalurie. Eventuell spielt auch eine sekundäre Infektion mit anderen Bakterien, z. B. von der erkrankten Prostata aus, eine nicht unwichtige ätiologische Rolle.

Die Verfasser glauben, daß die Mitbeteiligung der Nieren bei der Blennorrhoe sehr häufig übersehen wird, da die Diagnose schwer ist und nur bei dauernder, aufmerksamster, mikroskopischer Kontrolle des Urinsediments zu stellen ist. Die Prognose ist schlecht, die akuten Fälle werden chronisch und die chronischen unheilbar. Für die Therapie kommen in Betracht: Regelung der Diät und des aufzunehmenden Flüssigkeitsquantums und lokal sorgfältige Spülungen der unteren Teiles der Harnwege. Lasch-Breslau.

The urologic and cutaneous Review.

Januar 1913, Bd. 1, Nr. 1.

(Technical Supplement.)

1. Die Ausschaltung der Blase, von W. A. Oppel-Petersburg. Die vorliegende Arbeit behandelt ein relativ noch wenig bearbeitetes Feld, und Oppel nimmt Stellung zu der Frage, welche Operationsmethoden in den Fällen anzuwenden seien, in denen es sich um eine Ausschaltung der Blase handelt. Die in Betracht kommenden Krank-

Digitized by Google

heiten sind: angeborene Ektopie der Blase, maligne Neoplasmen (primäre wie sekundäre), hohe Epispadien oder Hypospadien mit Inkontinenz des Sphincter vesicae, Blasen- und Blasenscheidenfisteln. Der Verfasser selbst bekennt sich unter Erwähnung der Operationsmethoden anderer, z. B. der von Pichow, zu der von Hirotworzeff, deren leitendes Prinzip es ist, die Blase auszuschalten, indem die Ureteren direkt in das Ende des Mastdarms transplantiert werden, wodurch, vorausgesetzt die Intaktheit des Sphincter ani, den Patienten die willkürliche Urinentleerung ermöglicht wird. Da er das letztere Ziel als das erstrebenswerteste im Auge hat, ist er ein Gegner aller Methoden, die das Tragen eines Urinrezeptakulums notwendig machen, und will von der Rowingschen Ureterostomie oder der Watsonschen Nephrostomie nur im äußersten Notfalle Gebrauch machen, z. B. bei malignen Tumoren, die über die Blase hinaus die Ureteren mitergriffen haben. Absolute Kontraindikationen für seine Methode sind für den Verfasser ulzeröse Prozesse im Kolon oder eine Proktitis oder mangelhafte Funktionsfähigkeit des Sphincter ani, ferner beiderseitige Nierenerkrankungen, relative: schlechte Beschaffenheit von Herz und Lungen und eventuell zu große Jugend des Patienten (nicht vor dem fünften Lebensjahr wegen der großen technischen Schwierigkeiten). Oppels Erfolge sind recht zufriedenstellende. Der Gefahr einer durch die eingepflanzten Ureteren vom Darm aus aszendierenden Infektion sucht der Verfasser zu begegnen durch tagelang der Operation vorhergehende Desinfektion und Reinigung des Darmes mit Antiseptizis und antifermentativer Diät. In letzter Zeit hat Oppel, fußend auf der Wrightschen Opsonintherapie der Operation Injektionen von Bacterium coli-Vakzine vorangehen lassen; doch sind seine Erfahrungen darüber noch sehr gering.

2. Die Behandlung der Blennorrhoe beim Manne ohne Antiseptica, von Rudolf Picker-Budapest. In einer Arbeit von Steffen aus der Wossidloschen Poliklinik war von Blennorrhoen die Rede, die Steffen als gegen jede Therapie refraktär bezeichnete. Für Picker gibt es keine refraktären Blennorrhöefälle beim Manne. In einer Reihe von Krankengeschichten erhärtet Pinker seine Ansicht, daß in diesen sogenannten refraktären Fällen die Heilung nur deswegen nicht gelänge, weil man nicht mit genügender Sorgfalt und Ausdauer den eigentlichen Sitz der Krankheit aufsuche, der zumeist in dem Drüsenapparat des hinteren Harnröhrenabschnittes sich befände, sondern sich darauf beschränke, durch Injektionen oder Spülungen oder Dehnungen vordere und hintere Harnröhre und Blase zu behandeln, und sich dann oft mit einer Scheinheilung begnüge. Ihm selbst sei es stets gelungen, durch fortgesetzte energische Massagebehandlung der Prostata, der Samenbläschen usw., auch die schwierigsten Fälle zur Heilung zu bringen, ohne daß er bakterientötende Mittel in Anwendung gebracht hätte, er habe höchstens nach Ausheilung des Drüsenapparates der hinteren Harnröhre, wenn er in der Urethra anterior noch erkrankte Stellen, eventuell mittels des Endoskops, gefunden hätte, die vordere Harnröhre dann mit Dehnungen behandelt. Bedingung für das Gelingen sei: gewissenhafteste Feststellung des Krankheitsherdes nach unsern heutigen anatomischen, pathologischen und bakteriologischen Kenntnissen und Methoden und eventuell monatelanges Massieren der erkrankten Partien.

3. Fortschritte in der Urethroskopie; Diagnose und Therapie der Harnröhrenkrankheiten, von Hans R. Wossidlo und Erich Wossidlo-Berlin. Eine ziemlich eingehende Beschreibung der neuen Goldschmidtschen Urethroskope mit Spülvorrichtungen, sowie die Modifikation von Wossidlo und eine Reihe farbiger Bilder, welche die urethroskopischen Befunde reproduzieren und eine Anzahl im Text abgebildeter Dilatatoren und Operationsinstrumente bilden den Inhalt der vorliegenden Arbeit, die viel zu spezialistisch technisch gehalten ist, um ausführlicher besprochen werden zu können. Zum Schluß besondere Erwähnung des von Goldschmidt angegebenen Urethroskops mit

Digitized by Google

galvanischem Messer für die Behandlung der Prostata und dessen Modifikation durch Erich Wossidlo und andere.

4. Die Entzündung des Collicullus seminalis mit ihren direkten und reflektorischen Folgen, von Paul Orlowsky-Berlin. Ein sehr interessanter, kurz gehaltener Aufsatz über die vielseitigen Folgeerscheinungen, die eine Entzündung des Colliculus seminalis hervorrufen kann. Diese Entzündungen sind nach dem Verfasser meistens hervorgerufen durch sexuelle Perversitäten oder Ausschweifungen, selten nur Folgeerscheinungen einer Blennorrhoe. Die Störungen, die eine Entzündung des Kollikullus hervorruft, werden meistens fälschlicherweise als chronische Blennorrhoen aufgefaßt, während sie tatsächlich fast stets auf reflektorischem Wege durch Spinalirritation zustande kommen. Dem Verfasser ist es fast in allen Fällen gelungen, durch Kauterisation des Kollikulus mit 20% Argentum nitricum-Lösung mit Hilfe des Urethroskops Heilung zu erzielen; nur in einigen Fällen war nebenbei Psychotherapie notwendig. Interessant ist, daß es dem Verfasser zweimal gelungen ist, Homosexuelle mittels der Kauterisationstherapie des entzündeten Kollikulus zu heilen.

5. Die pathogenetische Rolle der Perinephritis des Hilus, von Alfred Peusson-Bordeaux.

6. Primäres Papillom am Ureter. Nephro-Ureterektomie mit Ausgang in Heilung, von Friedrich Suter-Basel. Zu den im allgemeinen sehr selten beobachteten Fällen, Albarran hatte im Jahre 1900 im ganzen 42 Fälle von Tumoren des Nierenbeckens und der Ureteren zusammenstellen können, bringt der Verfasser einen selbsthandelten Fall als statistischen Beitrag. Die Heilung geschah durch Totalexstirpation des Ureters, an dessen vesikalem Ende ein großes Papillom saß. Die Affektion ist im allgemeinen sehr selten und Papillome an den Ureteren meist multipel, während im vorliegenden Falle nur ein Tumor da war. Das markanteste Symptom war eine so bedeutende Hämaturie, daß, aus Furcht, der Patient könne an Blutverlust zugrunde gehen, die Operation notwendig wurde.

7. Ein einfaches Hilfsmittel bei der Zystoskopie, von Alfred Hock-Prag. Der Verfasser glaubt durch eine andere Krümmung des gebräuchlichen Zystoskops die schon von Nitze und anderen angestrebte Verbesserung gefunden zu haben, die eine bequemere Verwendung des Zystoskops bei Prostatikern ermöglicht.

8. Maligne Syphilis, von Charles Marshall-London. Verfasser definiert die maligne Syphilis als eine Form der Syphilis, bei der sich kurze Zeit nach der Infektion rapide Ulzerationen entwickeln, die ferner charakterisiert ist durch rapiden Zerfall des Gewebes, durch Widerstandsfähigkeit gegen antisyphilitische Behandlung und die Tendenz zu Rückfällen. Im übrigen bringt Marshall in bezug auf die Ätiologie, Prognose und Therapie keinerlei neue Gesichtspunkte. Er verspricht sich wohl mit Recht, die Gelegenheit, diese eigenartige Form der Krankheit weiter zu erforschen, dort zu finden, wo die Fälle noch sehr zahlreich vorkommen, das heißt in Südafrika.

9. Die Trichopoden und Granula aestuantia in den menschlichen Leukozyten, von Ludwig Merk-Innsbruck. Es ist hier leider nicht der Raum für mehr als einen kurzen Hinweis auf die vorliegende Studie Merks über die sehr interessanten Bilder, welche die menchlichen Leukozyten im Dunkelfelde bieten. Der Verfasser hat Untersuchungen angestellt a) mit Kochsalzlösungen, b) mit Traubenzuckerlösungen, c) mit Serum, d) mit Äthylalkohol und zum Schluß über die Leukozyten in Schleim und Blut.

10. Über die Chemotherapie bei externer Tuberkulose, von Arthur Straub-Barmen. Nachdem das Kochsche Tuberkulin die großen Erwartungen, die man gehegt

Digitized by Google

hatte, nicht voll erfüllt hat, begrüßt Strauß die Rückkehr zur Chemotherapie für die Tuberkulose, speziell für die äußere Tuberkulose mit Freude, er schildert die sehr zahlreichen und, soweit bis jetzt die Beobachtungszeit genügt, sehr guten Resultate, die er mit Jodmethylenblau und Kupfersalzen erzielt hat. Nach seiner Ansicht muß die äußere Tuberkulose von allen Seiten angegriffen werden: durch subkutane Injektionen, durch wirksame Heilmittel per os und lokal mit Salben oder Lichtbehandlung usw. Aus der großen Zahl seiner Erfolge bringt er drei ganz besonders instruktive Krankengeschichten.

11. Die Ätiologie und ätiologische Therapie des Ekzems auf chemischer Basis, von Friedrich Luithlen-Wien. Luithlen sieht das hauptsächlichste ätiologische Moment für das Ekzem in der Veränderung der Salze des Organismus; er gibt zu, daß nervöse, bakterielle und andere Einflüsse, eine große Rolle spielen können, aber die Verschiedenartigkeit der Reaktion der Haut und derartige Einflüsse beruht nach dem Verfasser auf chemischen Vorgängen, die teils von der Art der Ernährung, teils von der Verwertung derselben abhängig sind. Demzufolge verspricht er sich viel, ja beinahe alles für die Heilung des Ekzems von richtiger Diät, eventuell viel Vegetabilien und Quellen wie Karlsbad, die den Stoffwechsel regulieren.

12. Ein neuer Beitrag zum Studium der Pityriasis rubra pilaris, von Charles Vignolo-Lutati-Turin. Lutati hatte im Jahre 1906 einen Fall von Pityriasis rubra pilaris beobachtet, bei dem es ihm gelungen war, atropische Sklerose der peripheren Nerven und Nervenendigungen in der Haut zu beobachten. Er schloß infolgedessen, daß diese trophoneurotische Störung pathogenetisch mit der bestehenden Hyperkeratose und der Pityriasis rubra pilaris zusammenhänge. Da erklärte Milian, daß diese Affektion tuberkulöser Natur sei, weil er in einigen Fällen das Koinzidieren dieser Erkrankung mit Lichen scrophulosorum oder einem andern tuberkulösen Herde festgestellt hatte. Zufällig sah Lutati nach einigen Jahren erst seinen Fall wieder und vermochte auf keinerlei Weise eine tuberkulöse Reaktion auszulösen. Er gibt zu, daß man fast in der Hälfte aller Fälle von Pityriasis rubra pilaris eine Tuberkulose würde nachweisen können, daß aber derselbe nicht der alleinige ätiologische Faktor sei.

13. Dermatitis vegetans, von Bernhard Wolff-Atlanta. Der Verfasser bringt ein Krankheitsbild, das, in seinen Erscheinungen zwischen Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis stehend, mehr dem ersteren gleicht, sich aber sehr wesentlich von demselben unterscheidet, indem die Prognose eine absolut gute ist und die Abheilung der befallenen Stellen unter antiseptischen Verbänden schnell zu erfolgen pflegt.

14. Eine neue Methode der Anwendung von Kohlensäureschnee, von W. Knowsley Sibley-London. Der Verfasser bespricht die Verwendung der Kohlensäure, die mit Äther und absolutem Alkohol eine halb gelatinöse Masse bildet und auf diese Weise zur Kauterisation und Stimulation verwendet werden kann, er hat sehr zufriedenstellende Erfolge bei verschiedenen Formen des Lupus vulgaris und erythematosus, beim Ulcus rodens, Warzen und Nävi gehabt, doch ist die Applikation noch besser, wenn man einen Stift formt aus Kohlensäureschnee und mit einem solchen behandelt.

Lasch (Breslau).

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 3, Nr. 4, 15. April 1913.

1. Lokalisierte Hypertrophie des linken Ventrikels im Beginne einer renalen Blutdrucksteigerung, von F. Widal und G. Raulot-Lapointe. Die Verfasser zeigen an vier Fällen, daß im Beginne mancher Nephritiden eine frühzeitige Änderung der

Digitized by Google

Form des linken Ventrikels auftritt, die im Röntgenbilde zu erkennen und orthodiagraphisch genau zu messen ist. Sie tritt auf, bevor klinisch eine Änderung der Herzgröße zu erkennen ist. Diese Formveränderung besteht in einer Ausbuchtung der mittleren Partie des Ventrikels und erscheint, bevor die Spitze tiefer tritt. Sie kann also als die erste der durch renale Blutdrucksteigerung bedingten Erscheinungen betrachtet werden.

2. Neue Methode zur Diagnose der Nierentuberkulose, von Leo Buerger. Verfasser zeigt an der Hand eines Falles, daß man in der Schleimhaut einer Ureterenmündung miliare Tuberkel finden kann, zu einer Zeit, wo alle anderen Zeichen einer Nierentuberkulose fehlen. Diese Tuberkel können auch vorhanden sein, wenn die Veränderung der Schleimhaut histologisch nur als Ödem erscheint. Sie lokalisieren sich im Beginne der Erkrankung an der Ureterenmündung, wenn der übrige Ureter und auch das Nierenbecken noch kaum befallen ist. Man kann daher auf diese Weise die Diagnose stellen, wenn der Ureterenkatheterismus unmöglich ist, Überimpfungen auf das Meerschweinchen erfolglos sind, überhaupt wenn der Kranke praktisch keine Symptome zeigt. Deshalb soll man in jedem Falle, wo der Verdacht auf Nierentuberkulose gerechtfertigt ist, aber positive Anhaltspunkte dafür fehlen, mit dem Operationszystoskop ein Stückchen Schleimhaut der Uretermündung exzidieren.

3. Chirurgische Behandlung der Steine im Beckenteile des Ureters, von G. Lemoine-Brüssel. Ein 47jähriger Kranker litt seit drei Jahren an krisenartigen Schmerzen in der rechten Nierengegend. Später traten die Schmerzen in der Unterbauchgegend auf; deshalb wurde die Diagnose auf einen Stein im unteren Ureter gestellt und durch Zystoskopie und Radiographie bestätigt. Zur Entfernung wurde transvesikal eingegangen, doch rutschte der Stein hinauf und konnte auch nicht durch Inzision der Uretermündung erreicht werden. Es mußte daher der subperitoneale Weg eingeschlagen werden, und schließlich wurde der Ureter bis zur Niere hinauf freigelegt, wo der Stein angetroffen wurde. L. nahm nun die Nephrektomie vor. Zum Schluß bespricht Verfasser die verschiedenen Methoden zur Diagnose eingekeilter Steine im unteren Ureter und die Operationsmethoden.

4. Steine im intraparietalen Teile des Ureters, von Salvator Pascual-Madrid. Verfasser bespricht an mehreren Fällen eingehend die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie dieser Affektion. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Steine im unteren Ureterende eine ganz charakteristische Symptomatologie haben. Sie manifestieren sich vor allem durch Blasensymptome, so daß man glaubt, es bestände eine Zystitis. Bei der Zystoskopie sieht man gewöhnlich eine Uretermündung prolabiert, von starkem Ödem umgeben. Durch Ureterenkatheterismus und Durchleuchtung wird der Sitz des Steines festgestellt. Therapeutisch soll man zuerst auf natürlichem Wege vorgehen und nur, wenn dies nicht angeht, auf suprapubischem.

5. Hydronephrose mit Steinen bei fast völligem Fehlen der Niere, von G. Marion. Die Patientin leidet seit Kindheit an Beschwerden in der rechten Nierengegend, die später zunehmen und von schweren Erscheinungen, wie Hämaturie usw., begleitet wurden. Die Durchleuchtung ergab zwei Nierensteine und eine tief gelegene Stenose des Ureters. Bei der Operation wurde ein großer dilatierter Sack gefunden, der zwei Steine enthielt und sich als Nierenbecken erwies. Von der Niere wurde nur ein $1^1/_2$ cm langes, 1 cm breites, 3 mm dickes Stück gefunden, das aber völlig normale Struktur zeigte und auch Harn sezerniert hatte.

6. Großes Blasendivertikel mit Steinen, von Th. Nogier und G. Reynard. 66jähriger Mann litt öfters an Hämaturie, zu der sich schließlich Pollakiurie und Retention gesellte. Rektal fand sich über der Prostata ein Tumor der Blasenwand; mit

Digitized by Google

der Sonde und dem Zystoskope ein Blasenstein; im Röntgenbilde drei Schatten, von denen einer bei Anfüllung der Blase mit Kollargol verdeckt wurde. Es wurde ein Divertikel mit Steinen diagnostiziert. Bei der Operation fand man auch ein großes Divertikel, das acht Steine enthielt. Verfasser weisen zum Schlusse darauf hin, daß oft nur die Kombination mehrerer Untersuchungsmethoden zur richtigen Diagnose führen kann. Speziell kann die Durchleuchtung über Zahl, Größe und Form von Steinen oft falsche Resultate geben.

7. Polypen der Urethra, von Uteau und Saint-Martin. Ein Patient litt an chronischem Tripper und Prostatitis. Bei der Sondierung spürte man ein Hindernis in der hinteren Harnröhre. Mit dem Urethroskope wurden mehrere Polypen unterhalb des Kollikulus entdeckt und abgetragen.

8. Technik der hypogastrischen Prostatektomie, von Bensa-Nizza. Verfasser gibt einen Aufsatz für den Zeigefinger an, mit dem die Blasenschleimhaut inzidiert und die Prostata leichter enukleiert werden kann.

9. Apparat für Zystotomisierte, von Badin und Uteau-Toulouse. Beschreibung eines Dauerkatheterapparates nach Anlegung einer Blasenfistel, der durch aufgeblasenen Gummi jeder Wunde angepaßt werden kann.

10. Lufteinblasung in die Blase, von Jean Ferron. Beschreibung eines Apparates, der es ermöglicht, langsam Luft in die Blase einzutreiben und die Zufuhr nach Wunsch zu unterbrechen. Dadurch dürften Todesfälle, wie sie von Nicolich und Marion beschrieben wurden, vermieden werden.

11. Vorsichtsmaßregeln während der Inkubationszeit der Blennorrhagie, von Jules Janet. Während der Inkubationszeit der Blennorrhoe, die nach des Verfassers Ansicht acht Tage und auch länger dauern kann, ist es angebracht, die Urethra mit Lösungen von 0,25 Oxyzyanatquecksilber auf 1000 Permanganat oder $^3/_{1000}$ Argyrol zu waschen. Mit denselben Mitteln kann man auch bei der Frau gute Resultate erzielen, doch kommen noch Pinselungen der Bartholinschen Ausführungsgänge und der Portio mit Jodtinktur hinzu.

12. Moderne Behandlung der Urethralrupturen, von G. Marion. Eine Harnröhrenruptur, die nicht zur Retention führt, keine Schwellung bedingt und keine starke Blutung verursacht, sowie reine interstitielle Rupturen, können konservativ behandelt werden, da man hoffen kann, daß sie nicht zur Striktur führen. Sind aber alle oder eines der genannten Momente vorhanden, muß man sofort eingreifen. Jede Untersuchung, besonders aber der Katheterismus, ist zu verwerfen, da hierdurch die Ruptur infiziert werden kann, ohne daß dem Patienten genützt wird. Kann nicht sogleich eingegriffen werden, soll man die Blase punktieren. Die Behandlung besteht in Naht der Urethra und Anlegung einer Zystostomie. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Weitere Erfahrungen über Verwendung von Azetonextrakten bei der Serumdiagnostik der Syphilis, von O. Stiner-Bern. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Die von Kolle und Stiner behauptete Überlegenheit der Azetonextrakte aus Luesleber über die anderen bei der Serumdiagnostik der Syphilis gebräuchlichen

Digitized by Google

Antigene, stützt Verfasser durch Untersuchungen an einem größeren Material. Stark wirksame, gut eingestellte Azetonextrakte erzeugen in einem großen Prozentsatze von sicheren Luesfällen eine positive Reaktion, wo die anderen gebräuchlichen Antigene versagen.

Die praktische Verwendung von Azetonextrakten erfährt dadurch eine gewisse Einschränkung, daß nur höchstens 10% der verarbeiteten Lebern luetischer Föten die hochwirksamen, praktisch brauchbaren Extrakte liefern. Zur Diagnostik der Lues aus Lumbalflüssigkeit sind die Azetonextrakte unbrauchbar.

Durch vergleichende Bestimmungen der Rückstände aus Alkohol- und Azetonextrakten sei der Nachweis erbracht, daß Azetonextrakte bei gleicher oder höherer Wirksamkeit bedeutend weniger gelöste Stoffe enthalten als die Alkoholextrakte. Es bestände deshalb die Annahme zu Recht, daß das Azeton aus der luetischen Leber hauptsächlich die für Syphilis charakteristischen Lipoide löst.

O. Junghanns-Dresden.

Die Ausflockung kolloidalen Goldes durch Zerebrospinalflüssigkeit bei luetischen Affektionen des Zentralnervensystems, von CARL LANGE. (Ztschr. f. Chemotherapie, 1912, I. Teil, 1. Band, H. 1.) Normaler, mit Kochsalzlösung verdünnter Liquor läßt Goldkolloid unverändert, während pathologische Zerebrospinalflüssigkeiten das Goldsol ausflocken. Zum Nachweis luetischer Veränderungen des Zentralnervensystems gibt die Reaktion klinisch gut brauchbare Resultate. Bei graphischer Darstellung zeigen sich für verschiedene pathologische Prozesse typische Kurven. Vor anderen Untersuchungsmethoden hat die Goldkolloidreaktion den Vorteil der Benötigung nur geringer Quanten Liquors. Beim Vergleich mit der Phase I nach NONNE zeigt sich ein Parallelismus beider Reaktionen; die Goldreaktion scheint sogar feinere und leichter ablesbare Ausschläge zu geben. Wo die WASSERMANNsche Reaktion im Liquor positiv ausfiel, wurde auch die stärkste Ausflockung bei der Goldreaktion beobachtet. Auch der Zytodiagnostik ist die neue Reaktion mindestens ebenbürtig.

Bei der Wichtigkeit für prognostische Schlüsse und therapeutische Indikationen, die man neuerdings dem Liquorbefunde bei Luetikern der Frühperiode zuschreibt, ist eine Kontrolle der Zerebrospinalflüssigkeit bei jedem, der sich luetisch infiziert hat, im Laufe der ersten Monate oder Jahre nötig, und zwar mit allen zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, unter denen die Goldreaktion eine neue und sehr empfindliche ist.

O. Valentiner-Leipzig.

Quantitative Ausflockungsreaktionen bei Syphilis, von V. ELLERMANN-Kopenhagen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Zu kurzem Referat nicht geeignet, muß im Original nachgelesen werden! Das wesentlichste Ergebnis dieser Arbeit ist, daß bei quantitativer Gestaltung der HERMAN-PERUTZschen Methode der Syphilisreaktion nicht spezifische Ausfällungen auftreten. Die Inaktivierungszeit kann auf fünf Minuten herabgesetzt werden. Durch Kochsalzzusatz kann eine Verfeinerung der Reaktion erzielt werden, gleichzeitig aber auch ein Unspezifischwerden.

Viktor Caesar-Dresden.

Über die Einheitlichkeit des Komplements, von G. LORENTI-Neapel. (Pathologica, 1913, S. 102.) BUCHNER und BORDET behaupten die Unizität des Alexins, METSCHNIKOFF und seine Schüler vertreten die Meinung der Duplizität der Zytosen, EHRLICH und seine Anhänger verfechten die Lehre von der Pluralität der Komplemente.

Verfasser hat untersucht, ob das in dem frischen Meerschweinchenblutserum reichlich vorhandene Komplement, wenn es mit verschiedenartigen Keimen in Be-

Digitized by Google

rührung gebracht wird, durch diese vollständig fixiert wird, so daß keine Spuren mehr davon übrigbleiben, die noch auf rote Blutkörperchen wirken könnten.

Schlußfolgerungen: 1. Das Komplement des Meerschweinchenblutserums kann durch die Choleravibrionen fast vollständig fixiert werden, wenn diese in großer Menge zugesetzt werden und während einer genügend langen Zeit (ungefähr 24 Stunden) mit dem Serum in Berührung gelassen werden. 2. Das Komplement des Meerschweinchenblutserums muß, um von den Typhusbazillen vollständig fixiert zu werden, mit zahlreichen derselben während einer gewissen Zeit (nicht weniger als vier Stunden) in Berührung bleiben. 3. Die Fixierung des Komplementes durch den lebenden Milzbrandbazillus ist infolge der hämolytischen Wirkung dieses Keimes auf den Indikator (sensibilisierte Erythrozyten) nicht nachweisbar; diese Fixierung kann man hingegen beobachten, wenn tote Milzbrandbazillen, und zwar in beträchtlicher Menge, angewandt werden. 4. Unter sonst gleichen Verhältnissen erfolgt die Komplementbindung durch lebende Keime rascher als durch abgetötete, selbst wenn letztere in viel größerer Menge angewandt werden. 5. Neben dem durch die Keime fixierten Komplement (oder der durch die Keime fixierten Komplementen) bleibt kein Rest übrig, der imstande sei, die als Indikator benutzten sensibilisierten roten Blutkörperchen zu hämolysieren.

Daraus glaubt Verfasser folgern zu können, daß man die Duplizität der Komplemente (bakteriolytisches und hämolytisches) im Meerschweinchenserum in Abrede stellen kann. K. Rühl-Turin.

Beiträge zur Kenntnis der Wassermann-Reaktion, von J. Kiss. (Gyógyászat, 1912, Nr. 11—12.) Verfasser erklärt die Reaktion wie folgt: Die aus tierischen Organen bereiteten Extrakte richten zugrunde, vergiften das Komplement. Das syphilitische Serum steigert die vergiftende Wirkung des Organextraktes. Dazu ist notwendig, daß man die Natur der zur Reaktion benutzten Stoffe genau kennen lernt. Zur Bestimmung der Eigenschaften eines unbekannten Serums benutzt man vielerlei Reagenzien, die alle Veränderungen unterworfen sind. Der Bestandteil des Organextraktes, der die Wirkung entfaltet, ist die Seife, und damit sie ihre Wirkung entfaltet, dazu ist ihre Gegenwart in Form einer feinen Emulsion in der Mischung notwendig. Alkohol löst Seife; bei ihrer Verdünnung mit Wasser schlägt sie sich nieder. Am schnellsten tritt der Niederschlag auf, wenn Alkohol und Wasser in ungefähr gleichem Volumen miteinander vermischt werden, dann stellt sich das Maximum der Trübung sozusagen augenblicklich ein. Bei erhöhter Temperatur geht die Reaktion rasch vonstatten. Wenn aus irgend einem Grunde der Niederschlag schwächer ist, ist die positive Reaktion schwach, oder sie stellt sich gar nicht ein. Die Trübung der Seifenemulsion verschwindet, wenn man Lauge dazu gibt. Wird in der Mischung die Kalilauge mit Säure paralisiert, so stellt sich vollkommene Trübung ein. Kalilauge enthaltende Mischung wirkt in kleinerem Maße oder im allgemeinen nicht auf das Komplement, d. h. sie ist zur Wassermannschen Reaktion ungeeignet. Die positive Reaktion wird auch dann schwächer, wenn man das menschliche Serum eine längere Zeit auf 56° C erwärmt. Durch das Erwärmen steigt, wie das die Untersuchungen Prof. Liebermanns nachgewiesen haben, die Alkalinität des Blutserums. Die durch Filtration gereinigte und wässerige Suspension ist ebenfalls wirkungslos. Bei Patienten, die an chronischem Alkoholismus leiden, bei denen keinerlei Anhaltspunkte auf Syphilis vorhanden sind (von 27 Fällen 8mal), gab das Blutserum eine stark positive Reaktion. Auch bei Diabetes kam positive Reaktion vor. Nach Verfasser kann man behaupten, daß auch gewisse Zerfallsprodukte der Zellen positive Reaktion geben.

Digitized by Google

Das ist möglich, auch bei Syphilis. Wenn ein positives Serum auf 55—56° C erhitzt wird, verliert es nicht nur das Komplement, sondern auch die Reaktionsfähigkeit nimmt ab. Diese Erscheinung stellt sich auch ein nach längerem Stehen bei Zimmertemperatur. Verfasser sah mit schwach positivem Serum nicht selten die Erscheinung, daß das Serum schon nach 24 Stunden negative Reaktion gegeben hat. Nach längerem Stehen oder langer oder wiederholter Inaktivierung verliert auch das ausgeprägt positive Serum die Reaktionsfähigkeit. Bei stark positivem Serum aber kann die Schwächung nur so nachgewiesen werden, daß man die Serummenge bestimmt, die eben ausgeprägt positive Reaktion gibt, und dann nach längerem Erhitzen bei 56° C die Untersuchung wiederholt wird. Wenn Serum, wie es zumeist vorkommt, nicht steril ist, verhindert es schon an und für sich, ohne Organextrakt, stark die Hämolyse. Das ursprünglich negative Serum wird schwach oder stärker positiv, auch in solchen Fällen, wenn das Serum z. B. im Eiskasten bei 6—8° C eine längere Zeit gehalten worden ist, und in diesem Falle ist die Hinderung der Hämolyse nur in der Organextrakt enthaltenden Mischung zu beobachten, d. h. die Reaktion ist scheinbar spezifisch. Diese Veränderung kann auch dann beobachtet werden, wenn das Serum ganz rein bleibt. Vom Blutserum ist bekannt, daß es beim Stehen hoch autolytisch zersetzt wird, nach Verfasser ist es wahrscheinlich die Autolyse, die für sich oder manchmal von den Zersetzungsprodukten der Bakterien unterstützt, eine positive Reaktion gibt; für die Wassermannsche Reaktion ist es am besten, wenn man das Serum in sterilem Zustande gefroren hält, oder wenn man es vor jedem Gebrauch immer aufs neue inaktiviert. Die Grundbedingung der Pünktlichkeit ist, daß man die negative Reaktion von der schwach positiven mit Bestimmtheit unterscheiden kann. Wenn die Reaktion mit 50 mg Komplement vorgenommen wird, geht die Lösung ungefähr mit solcher Raschheit vonstatten, wie sie 20 mg aktivem Komplement entspricht.

20 mg Kompl. entspricht dem neg. Serum, dessen Zeichen: — ist
16 „ „ „ „ schwach + Serum, dessen Zeichen: + ist
13 „ „ „ „ + „ „ „ ++ „
10 „ „ „ „ stark + „ „ „ +++ „

Nach des Verfassers Erfahrungen macht die Schwankung des Komplementgehaltes bei gesunden Tieren nicht mehr als 10% aus, und Kiss hält es für wahrscheinlich, daß, wo man größere Abweichungen findet, die Quelle des Fehlers im Reagens (in den sensibilisierten Blutzellen) liegt; er benutzt zu den Versuchen 50 mg Komplement, also nur die Hälfte, was allgemein üblich ist. Aber man bekommt auch dann gute Resultate, wenn zufällig der Organextrakt schwächer ist. Mit so viel negativem Serum und Organextrakt bleiben 20 mg aktiv. Verfasser bestimmt diese Immunserummenge, die dann, wenn in der Mischung 20 mg Komplement sind, gerade genug ist, daß die Einheit der Blutzellen in 5 ccm in einer Stunde sich auflöst. Die Komplementverdünnung und die sensibilisierten Blutzellen läßt er in Thermostaten getrennt eine halbe Stunde erwärmen und gießt sie dann zusammen. Er bestimmt die Dose des Organextraktes, die es noch gerade möglich macht, daß in der Mischung des negativen Serums innerhalb einer halben Stunde die vollkommene Lösung eintritt. Wenn z. B. das negative Serum mit 0,1 ccm Organextrakt eine gerade vollkommene Hämolyse gibt, hindert von letzterem schon 0.12 ccm die Hämolyse in einem solchen Grade, wie es mit der gewöhnlichen Dose das ausgeprägt positive Serum zu tun pflegt. Porosz-Budapest.

Die derzeitige Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von L. S. Milne-Kansas-City. (Amer. Journ. med. scien., Febr. 1913.) Verfasser bringt einige kleine

Digitized by Google

von ihm geübte technische Modalitäten und beleuchtet den unzweifelhaften Wert der Reaktion nach der theoretischen und der praktischen Seite hin, ohne indessen etwas wesentlich Neues zu bringen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Widersprechende Befunde bei der Wassermannschen Probe. Große Verschiedenheiten in den Resultaten verschiedener Untersuchungen, von Abr. L. Wolbarst-New York. (New York med. Journ., 22. Febr. 1913.) W. erklärt es für einen großen Fehler, die Ergebnisse eines Untersuchers als bindend anzusehen, besonders wenn das Resultat positiv ist und die Diagnose von seinem Befunde abhängt. Wenn zwei oder noch mehr kompetente Untersucher (Serologen) über ein vorhandenes Serum berichten, so kann die Majoritätsansicht als entscheidend gelten; häufige Nachuntersuchungen sind immer von Vorteil für den Patienten. Von 37 Fällen, die wegen widersprechenden Ausfalls der Reaktion studiert wurden, ergaben 26 (= 70%) schließlich übereinstimmende, 5 (= 14%) völlig entgegengesetzte Befunde und 6 leichte Abweichungen. Jede Erwähnung der Resultate der Wassermannschen Reaktion in der Literatur oder anderswo sollte von dem Namen des Serologen begleitet sein, um einen Maßstab für die verwandte Genauigkeit und Geschicklichkeit zu haben. Der Serologe sollte mit derselben Vorsicht ausgewählt werden, die man bei der Wahl eines Sachverständigen — konsultierenden Arztes — in jedem anderen Fache der Medizin bekundet. Stern-München.

Differente Wassermannsche Reaktion bei Zwillingen, von Cassoute-Marseille. (Bull. méd., 1913, Nr. 21.) Bei der einen der Zwillingsschwestern war die Reaktion positiv, bei der anderen negativ. Verfasser glaubt aber nicht, daß es sich bei der ersteren um Syphilis handle, sondern um eine antikomplementäre Kraft des Blutes. Richard Frühwald-Leipzig.

Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen-Reaktion, von Stern-Düsseldorf. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) Meerschweinchen, denen ein- oder mehrmals Blut entnommen ist, zeigen nach kürzerer oder längerer Zeit in ihrem Serum die Eigenschaft, auch ohne Ambozeptorzusatz, Hammelblutkörperchen zu lösen. Diese Eigenschaft zeigt sich vornehmlich bei Verwendung des ganz frischen Serums und kann wieder verschwinden. Durch die Verwendung solcher eigenlösender Komplemente kann eine Fehlerquelle bei der Wassermannschen Reaktion zustande kommen. Es ist daher vor jedem Versuch das Komplement auf seine eigenlösende Eigenschaft zu untersuchen. O. Junghanns-Dresden.

Die Deutung der Resultate der Wassermann-Reaktion, von Charles F. Craig-Washington. (Journ. amer. med. assoc., 22. Febr. 1913.) Die Ausführungen des Verfassers wiederholen Allbekanntes. Erwähnung verdient die von Nichols und Craig gemachte Beobachtung, daß beträchtliche Alkoholzufuhr eine stark positive Wassermannsche Reaktion auf einen Zeitraum von bis zu drei Tagen in eine negative umzuwandeln vermag. Bei neun Personen mit stark positiver Wassermannscher Reaktion wurde diese nach Genuß von 90—120 ccm Whisky auf 24 Stunden bis zu drei Tagen negativ. Die praktische Schlußfolgerung hieraus ergibt sich von selbst. Fendt-Wiesbaden.

Über die Wassermannsche Reaktion, von A. Ucke. (Petersb. med. Ztschr., 1913, Nr. 5.) Zusammenfassender Vortrag über das Wesen und die Verwendung der Reaktion. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Wertschätzung der Brendel-Müllerschen Reaktion, von H. C. Plaut-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Das Prinzip der Brendel-Müllerschen Serodiagnose auf Lues besteht darin (Münch. med. Wochenschr.,

Digitized by Google

1912, Nr. 32), daß man das aktive Patientenserum mit einer vorher für das Patientenserum eigens austitrierten Menge von Hammelblutkörperchen-Aufschwemmung zusammenbringt, nachdem 25 Minuten lang Gelegenheit zur Komplementbindung bei 38° C mit einem erprobten Extrakt gegeben war. Es erfolgt keine Lösung der Hammelblutkörperchen, wenn das Serum Antistoffe enthält, im Gegensatz zu den Kontrollröhrchen. P. bemängelt, daß bei der vorgeschriebenen Versuchsanordnung zwar Kontrollen für die komplementvermindernde Kraft der Wärme vorgesehen sind, daß diese aber fehlen für die komplementhemmende Wirkung des Extraktes allein und namentlich für den Einfluß beider Faktoren zusammen. Er fügt deshalb im Vorversuch Antigen ein und versieht auch das Kontrollröhrchen im Hauptversuch ebenfalls mit Antigen. Die Verwendbarkeit der Methode hat er nun bei 70 Fällen, unter gleichzeitiger Kontrolle mit der WASSERMANNschen Probe (von anderer Seite im Staatsinstitut ausgeführt), geprüft. Bei 49 Untersuchungen stimmte das Ergebnis überein, bei 21 nicht. Dabei war in mehreren Fällen die BRENDEL-MÜLLERsche Reaktion in Übereinstimmung mit der klinischen Beobachtung positiv, während die WASSERMANNsche Reaktion negativ ausgefallen war. Allerdings war einmal die BRENDEL-MÜLLERsche Reaktion positiv, trotzdem Lues klinisch sicher auszuschließen war, was übrigens bei der WASSERMANNschen Reaktion auch einmal vorkam. Verfasser erklärt die BRENDEL-MÜLLERsche Reaktion für durchaus brauchbar und wertvoll, will sie aber stets durch die WASSERMANNsche Probe noch kontrolliert wissen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ist die Ausführung der BRENDEL-MÜLLERschen Reaktion durch den praktischen Arzt empfehlenswert?, von A. PÖHLMANN-München. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Mit einiger, vielleicht nicht in allen Teilen unbedingt notwendigen Ausführlichkeit bespricht Verfasser die obige Frage, welche er selbst bei Verwendung der von PLAUT (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5) angegebenen, vereinfachenden Modifikation entschieden negieren zu müssen glaubt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Anwendung der HERMANN-PERUTZschen Reaktion bei der Prüfung von Lumbalpunktaten, von F. LADE-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Die Ausflockungsmethode hat dem Verfasser bei der Prüfung von 600 Sera so gute Anhaltspunkte geliefert, daß er sie auch beim Lumbalpunktat in 21 (durch Druckfehler in der Arbeit verkehrt angegebenen) Fällen weiter geprüft hat. Er erhielt 18mal ein der WASSERMANNprobe konformes Resultat, unter denen acht positive und zehn negative Ausschläge sich befanden. Es ist nötig, nicht zu kleine Mengen Flüssigkeit zu verwenden. Verfasser prüfte mit Portionen von 0,2—1,0 ccm und erhielt öfters erst bei 0,4 oder mehr ein positives Ergebnis. Weitere Untersuchungen sind zu empfehlen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchung mit der v. DUNGERNschen Vereinfachung der WASSERMANN-Reaktion, von W. DRÜGG-Düsseldorf. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Verfasser hat gegen 63 Sera nach der v. DUNGERNschen vereinfachten Methode untersucht, von denen leider nur eine Anzahl auch nach der Originalmethode untersucht worden sind und kommt zu dem Ergebnis: In ihren extremen Resultaten erscheint die v. DUNGERNsche Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion zuverlässig, vorausgesetzt, daß die Untersuchung nach dem vorgeschriebenen Plan und mit der erforderlichen Exaktheit angestellt wird. Junghanns-Dresden.

Über Antigene für die Meiostagminreaktion, von G. IZAR-Catania. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Es hat sich gezeigt, daß Myristilsäure mit Tumorserum einen positiven Ausfall der Reaktion gibt. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Zur Epiphaninreaktion, von C. v. Angerer-Erlangen. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 53.) Enthält nur eine Besprechung und Zurückweisung der von Korff-Petersen und Brinkmann (Münch. med. Wochenschr., Nr. 45) erhobenen Einwände gegen die vom Verfasser bei früherer Gelegenheit geübte Kritik ihrer Untersuchungen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), einem molekular zerstäubten Quecksilber, von E. Klausner-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Das von Richter (Dtsch. med. Wochenschr., Bd. 55, S. 1218) angegebene Kontraluesin hat K. auf der Kreibichschen Klinik bei 50 Fällen erprobt und faßt sein Schlußurteil darüber dahin zusammen, daß dasselbe ein ausgezeichnetes Antiluetikum darstellt, welches in allen Stadien der Syphilis angewandt werden kann und bequem, schmerzlos und gefahrlos zu handhaben ist. Unter 250 Injektionen erlebte Verfasser 3 Abszesse und 4 Stomatitiden, was er aber auf die zur Zeit der ersten Anwendung noch nicht ganz vollendeten Technik der Herstellung des Mittels schiebt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Luetin-Hautprobe in der Diagnose der Syphilis, von A. G. Rytina-Baltimore. (Med. Record, 1. März 1913.) Das Luetin Noguchi wird mit der gleichen Menge steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und mit sehr feiner Nadel intradermal, am besten in die Haut des Armes injiziert, und zwar 0,07 ccm bei Erwachsenen und 0,05 ccm bei Kindern. Die positive Reaktion, die gewöhnlich in 24—48 Stunden auftritt, kann die Form einer großen, roten, erhabenen, indurierten Papel, umgeben von einer erythematösen Zone, haben, die sich in vielen Fällen in eine Pustel umwandelt oder in selteneren Fällen in 3—4 Tagen von selbst verschwindet. Bei negativen Fällen entsteht nur ein leichtes Erythem, manchmal auch allerdings eine kleine Papel, die aber sehr rasch wieder verschwindet. Verfasser hält die Luetinprobe für vollkommen harmlos und spricht sie nach seinen zahlreichen Untersuchungen als spezifisch an; er hat in 117 Fällen 150—200 Injektionen gegeben und die Fälle wenigstens 36 Tage fortlaufend beobachtet.

„Bei primärer und sekundärer Syphilis ist die Luetinprobe weniger konstant als die Wassermannsche Reaktion, dagegen bei tertiärer, latenter und kongenitaler Syphilis, sowie in Fällen von Parasyphilis, weit häufiger positiv und darum von größerem Werte als der Wassermann." W. Lehmann-Stettin.

Die Frühdiagnose der Erblues in den Waisenhäusern, von G. Poppi-Bologna. (Boll. d. Sc. Med. di Bologna, 1913, Nr. 2.) Man sollte stets die Mutter und das Kind auf Wassermann prüfen, die Plazenta und den Nabelstrang histologisch untersuchen, den Nabelstrang jedes Kindes auf Spirochäten untersuchen und, wenn notwendig, bei den Kindern röntgenologisch auf luetische Osteochondritiden fahnden. K. Rühl-Turin.

Nervöse Heredosyphilis, von Babonneix, F. Terrien und Dautielle. (Bull. méd., 1912, Nr. 101.) Ein 19 Monate altes, erbsyphilitisches Kind leidet seit einem Jahre an allgemeiner Muskelatonie mit Störung der elektrischen Erregbarkeit. Seit einiger Zeit besteht Neuritis optica. Im Gegensatze zu dieser syphilitischen Muskelatonie beginnt die kongenitale in den ersten Lebenstagen, die aktiven Bewegungen sind sehr beschränkt, die passiven nicht schmerzhaft, die Reflexe sind erloschen, die Intelligenz intakt. Bedeutende Besserung durch spezifische Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Kongenitaler hämolytischer Ikterus bei einem Heredosyphilitischen, von Ed. Fournier und Joltrain. (Bull. méd., 1913, Nr. 16.) Ein 43jähriger Mann leidet an Splenomegalie und an einem intensiven angeborenen Ikterus. Dieser ist

Digitized by Google

von keinem Zeichen der Gallenintoxikation begleitet; dagegen zeigt die Blutuntersuchung Anämie und Zerbrechlichkeit der roten Blutkörperchen. Der Mann hatte früher syphilitische Ulzerationen, die durch Quecksilber geheilt wurden. Der Ikterus dürfte auch erbsyphilitischen Ursprungs sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Ostitis und Osteomyelitis luetica des linken horizontalen Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda, von Franz Eyles. (Diss., München 1912). Fritz Loeb-München.

Syphilis der fötalen Wirbelsäule. Die syphilitischen Veränderungen an den Ossifikationen der Massae laterales und des Sternum. Die Entwicklung der syphilitischen Veränderungen an den fötalen Diaphysenenden, von Béla Alexander-Budapest. (Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 19, H. 6.) Der durch das eigenartige Deutsch und den weitschweifigen Stil sehr schwer lesbare Artikel ist in vieler Beziehung recht interessant. Die an pathologischen Präparaten vorgenommenen zahlreichen und genauen Röntgenuntersuchungen behandeln allerdings großenteils so wenig ausgesprochene Veränderungen, daß sie am Lebenden nicht nachweisbar sein werden. W. Lehmann-Stettin.

Der Hennebertsche Symptomenkomplex bei der heredosyphilitischen Labyrintbitis, von Buys. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 6.) Bei dem 55jährigen Kranken gestattete das Vorhandensein des Hennebertschen Symptomenkomplexes (Fehlen des Rotationsnystagmus, Augenbewegungen bei Lufteinblasung in die Tube) die Diagnose einer erbsyphilitischen Labyrinthitis. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Beiträge zur Anwendung des Sabouraudschen Dosimeters, von R. Krüger-Kiel. (Strahlentherapie, 1913, Bd. II., Heft 1.) Allgemein wird das Bedenken gehegt, daß die Sabouraud-Pastille sich durch die von der Glaswand der Röhre ausstrahlende Wärme verändert. Verfasser stellte zunächst fest, daß die Temperatur in einer Entfernung von 1 cm von der Röhre auch bei stundenlanger Einschaltung nicht über 40° steigt. Er setzte nun die Sabouraud-Tabletten mehrere Stunden dieser Temperatur aus und fand, daß sie nicht die geringste Veränderung erlitten. Geht man also mit der Tablette nicht näher als 1 cm an die Röhre heran, so ist eine Beeinflussung durch die Wärme nicht zu befürchten.

Einen weiteren Vorwurf, welcher der Sabouraudschen Methode gemacht wird, nämlich, daß die wechselnde Luftfeuchtigkeit einen Einfluß auf den Effekt habe, konnte Verfasser ebenfalls entkräften. Er bewahrte die Tabletten mehrere Stunden in einem volikommen mit Wasserdämpfen erfüllten Raum auf und konstatierte, daß diese in ihrer Empfindlichkeit gegenüber den Röntgenstrahlen sich nicht verändert hatten, sie zeigten den Sabouraud-Effekt in der gleichen Zeit wie die Kontrolltabletten.

Daß es nicht angängig ist, die Ablesung der Tabletten bei künstlicher Beleuchtung vorzunehmen, davon weiß jeder halbwegs beschäftigte Röntgentherapeut, der auch an trüben Novembertagen bestrahlen muß, ein Lied zu singen. Man wird es deshalb dem Kieler Institut für Strahlentherapie, das dem Praktiker schon so manche Verbesserung geschenkt, sehr zu Dank wissen, daß es auch hierin eine Erleichterung geschaffen. Verfasser gibt eine Lampe bekannt (50kerzige Osramlampe mit Vorschaltung eines Blauglasfilters von ganz bestimmter Dicke und Färbung [Lieferant Ernst Pohl-Kiel]), bei welcher die Ablesung der Sabouraud-Tablette genau ebenso möglich ist wie am diffusen Tages-

Digitized by Google

licht. Die Lampe hat sich in längerer Erfahrung als äußerst praktisch und zuverlässig erwiesen. (Das von Ritter angegebene Lampengestell [Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50] hat sich wohl deshalb nicht recht eingebürgert, weil hier eine Umrechnung der von Meyer aufgestellten Tabelle für Lampenlicht nötig wurde. Der Arbeit Ritters, der mit seiner Empfehlung wohl zuerst der Kalamität bei der Ablesung der Pastille an trüben Tagen ein Ende machen wollte, hätte übrigens in dem vorliegenden Aufsatze gedacht werden sollen. D. Ref.) Heinrich Rausch-Darmstadt.

Einiges aus dem Leben Julius Bettingers, des Pfälzer Anonymus, von Erich Hoffmann-Bonn. (Dermatologische Zeitschr., Bd. 20, Heft 3.) Der Verfasser, der in Julius Bettinger den Pfälzer Anonymus entdeckt hat und ihn bereits in einer früheren Arbeit als Syphilisforscher gewürdigt hat, bringt heute eine Biographie des bescheidenen und ausgezeichneten Arztes, der durch seine Impfversuche als erster festgestellt hat, daß die Syphilis auch durch das Blut übertragen werden kann und so zum Verständnis der Syphilisansteckung Hervorragendes geleistet hat. Chrzelitzer-Posen.

Die Wirkung von Diplodia zeae und einiger anderer Pilze auf einige Phosphorverbindungen des Mais, von Howard S. Reed-Blacksburg. (New York med. Journ., 22. März 1913.) Aus R.s Untersuchungen geht mit Wahrscheinlichkeit hervor, daß Diplodia zeae und andere auf dem Kornmehl wachsende Pilze Substanzen anorganischer Art daraus freimachen. Kornmehl, das mit Diplodia infiziert ist, verliert an Gewicht, wobei dieser Verlust mit dem Alter der (Pilz-) Kulturen zunimmt. Es sind vor allem anorganische Phosphorsalze, welche durch die monatelange Einwirkung der Pilze frei werden, und zwar infolge Verminderung der organischen Phosphorverbindungen, und damit den Wert des Maises für Futterzwecke bedeutend verschlechtern. Dazu kommt noch die Möglichkeit, daß diese freigewordenen phosphorsauren und andere Salze toxische Eigenschaften haben und hierdurch eine Rolle bei der Ätiologie der Pellagra spielen können. Vielleicht bilden sich aus diesen anorganischen Phosphaten wieder gewisse organische Phosphorverbindungen, die besonders empfindlich gegen Licht sind; die Annahme, daß im „Pellagrin" eine lichtempfindliche Substanz vorhanden ist und dieselbe die charakteristischen Hautveränderungen der Pellagra hervorruft, würde schließlich mit diesen chemischen Veränderungen des Mais in Verbindung zu bringen sein.
Stern-München.

Verschiedenes.

Der **Lupus-Ausschuß** des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose wird am 21. Oktober in Berlin tagen. Verhandlungsthema ist endogene und ektogene Entstehung sowie die Therapie des Lupus.

Die diesjährige Tagung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** fand unter reger Beteiligung von Mitgliedern und Gästen — auch vom Preußischen Ministerium des Innern war als Vertreter Geheimrat Finger erschienen — in Breslau statt. Die Verhandlungen begannen am 21. Juni unter dem Vorsitz von Geheimrat Neisser und Prof. Blaschko mit einem Geschäftsbericht über das letzte Jahr, aus welchem hervorgeht, daß die Gesellschaft auch im abgelaufenen Geschäftsjahr eine rege Tätigkeit in ganz Deutschland entfaltet und mehrere neue Orts-

Digitized by Google

gruppen gegründet hat. Zur Beratung der Prostitutionsparagraphen für das neue Strafgesetzbuch hat die Gesellschaft eine aus Ärzten, Juristen, Verwaltungsbeamten und Parlamentariern zusammengesetzte Kommission einberufen, die bereits mit den Arbeiten begonnen hat. Die in Dresden auf der Hygieneausstellung gezeigte Sondergruppe „Geschlechtskrankheiten" geht als Wanderausstellung durch die deutschen Großstädte, das Brieuxsche Theaterstück „Die Schiffbrüchigen" ist in zahlreichen Aufführungen immer mit dem gleichen großen Erfolg in Leipzig, Hamburg u. a. zur Darstellung gekommen. Ende Juni wird das Stück auch im Deutschen Theater in Berlin aufgeführt werden.

Den ersten Verhandlungsgegenstand bildete das Thema „Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungsproblem". Der Referent, Dr. Julian Marcuse-Ebenhausen, legte seinen Ausführungen in der Hauptsache folgende Sätze zugrunde: Die neuzeitliche Entwicklung des Wirtschafts- und Gesellschaftslebens hat die Denk- und Lebensgewohnheiten der Bevölkerung von Grund aus umgeformt, und die Schwierigkeiten der Lebensführung und der Daseinsverhältnisse lösen den Gedanken der Selbsthilfe aus und führen allmählich zur bewußten Kleinhaltung der Familie. Daneben spielen im Lebensprozeß der Rasse Kindersterblichkeit und Geschlechtskrankheiten eine bedeutsame Rolle. Während aber zwischen Rückgang der ehelichen Fruchtbarkeit und Säuglingssterblichkeit innere Zusammenhänge derart bestehen, daß der erstere die Lebenserhaltung der Säuglinge günstig beeinflußt, üben die Geschlechtskrankheiten ihre verhängnisvolle Wirkung ohne irgend welchen rassedienlichen Ausgleich, und ihre Bekämpfung gehört daher zu den wichtigsten Aufgaben der Rassenhygiene. Die Prophylaxe der Sexualseuchen ist undurchführbar ohne die Verwendung von Schutzmitteln. In Rücksicht auf den Gegensatz zwischen Qualität und Quantität der Geburten ist die Verminderung der Geburtenziffer, soweit sie nicht sozial-pathologischen Ursprunges ist, weder als Degenerationszeichen noch als Rassenselbstmord anzusehen.

Der Korreferent Prof. Blaschko-Berlin führte etwa folgendes aus:

Unter den Ursachen der sinkenden Geburtenziffern sind die Geschlechtskrankheiten ein erheblicher Faktor. Da sie in den Städten bei weitem verbreiteter sind als auf dem Lande und innerhalb der Städte ihre Verbreitung mit der Größe der Einwohnerzahl proportional zunimmt, in Deutschland aber die Städte, insbesondere die Großstädte, an Menge und Einwohnerzahl sich noch stark vermehren, so ist der Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Abnahme der Geburtenfrequenz in steigendem Wachstum begriffen. Alle sozialen und hygienischen Reformen, welche zu einer Eindämmung der Geschlechtskrankheiten führen, sind daher auch ein wirksames Mittel zur Hebung der Bevölkerungsziffer. Die Bestrebungen, den Vertrieb der persönlichen Schutzmittel gegen die Geschlechtskrankheiten zu erschweren, weil diese auch als antikonzeptionale Mittel Verwendung finden, sind aussichtslos, weil sehr viele andere antikonzeptionelle Maßnahmen für kein gesetzliches Verbot faßbar sind. Auch sind die antikonzeptionellen Praktiken nicht Ursache, sondern Folgen der in unseren wirtschaftlichen und sozialen Zuständen begründeten Tendenz zur Kleinhaltung der Familien. Diese Tendenz ist an sich nicht ohne weiteres zu verurteilen, da sie der mit der Überproduktion von Menschen einhergehenden Vergeudung von Menschenmaterial entgegenarbeitet, eine Höherwertung des Einzellebens und bessere Lebenshaltung der Gesamtheit zur Folge hat. Solange die Verminderung der Säuglingssterblichkeit und die damit verbundene bessere Aufzucht des Nachwuchses anhält, haben wir von der Geburtenabnahme nichts zu befürchten. Das Streben nach Kleinhaltung der Familie wird aber künstlich gesteigert durch eine irrationelle Wirtschaftspolitik, die eine Entvölkerung des fruchtbaren platten Landes zu Lasten der Städte, in den Städten aber eine Verteuerung und Erschwerung der gesamten

Digitized by Google

Lebensführung nach sich zieht und den einsichtsvolleren Teil der städtischen Bevölkerung zu einer unter diesen Verhältnissen begreiflichen Beschränkung der Kinderzahl veranlaßt. Einer Übertreibung und künstlichen Steigerung dieses Strebens, das in nationaler und rassehygienischer Beziehung schädlich werden könnte, kann daher auch nur gesteuert werden durch wirtschaftliche und soziale Maßnahmen, die der Massenabwanderung vom Lande in die Städte entgegenarbeiten und für die städtische Bevölkerung gesunde Lebensbedingungen, geeignet zur Erzeugung und Aufzucht eines tüchtigen Nachwuchses, ermöglichen.

Über das Thema „Geschlechtskrankheiten und Eherecht" sprachen Prof. Heller-Berlin und Landgerichtsdirektor David-Breslau. In den Ausführungen beider Referenten sowie in der sich anschließenden Diskussion trat in den Hauptpunkten eine wesentliche Übereinstimmung zutage. Wenn auch für die Rechtsprechung gewisse Schwierigkeiten dadurch entstehen, daß man bei den Geschlechtskrankheiten sehr häufig mit einem Zustande relativer Heilung rechnen muß, bei welchem zwar die Ansteckungsfähigkeit schon aufgehoben, aber mit der Möglichkeit eines späteren Auftretens nicht übertragungsfähiger Folgekrankheiten zu rechnen ist, daß ferner nach dem heutigen Stande der Wissenschaft kein absolut sicherer Maßstab für die erfolgte Heilung existiert, das Gesetz andererseits feste Normen für die Rechtsprechung verlangt, so ist doch in der Praxis dem Richter so viel freies Ermessen für sein Handeln gelassen, daß, von wenigen Ausnahmefällen abgesehen, auch die Rechtsprechung der Vielfältigkeit der oft recht verwickelt liegenden Fälle Rechnung tragen kann und die Befürchtung von Fehlsprüchen nicht begründet ist. Eine Änderung der Gesetzgebung wurde denn auch allgemein für nicht erforderlich erachtet.

Der letzte und für die Gesellschaft selbst wichtigste Punkt der Tagesordnung betraf ihre eigene sexualpädagogische Tätigkeit. Die Diskussion hierüber, welche durch ein Referat von Dr. Chotzen-Breslau eingeleitet wurde und an der sich die Vertreter der verschiedenen Ortsgruppen, Frauen, Schulmänner, u. a. der Stadtschulrat Hacks-Breslau, der Direktor der Bau- und Fachschule in Posen, Prof. Böhm, beteiligten, zeigte, daß trotz der großen Schwierigkeiten, welche sich der sexualpädagogischen Tätigkeit der Gesellschaft und der Schulärzte entgegenstellen, doch jetzt allerorten das Verständnis für die Notwendigkeit einer sachgemäßen sexuellen Erziehung der Jugend im Zunehmen begriffen ist. Die erschreckend große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten schon unter der halbwüchsigen Jugend auf der einen Seite, die segensreiche Wirkung der bisherigen Bemühungen der Gesellschaft auf der anderen Seite, haben auch eine große Zahl der bisher widerstrebenden Pädagogen aus Gegnern zu überzeugten Anhängern dieser Bestrebungen gemacht. Viel hierzu beigetragen haben auch die in vielen Städten eingerichteten sexualpädagogischen Fortbildungskurse für Lehrer und Lehrerinnen. Auch die Notwendigkeit, bei den Eltern das Verständnis für dieses wichtige Problem zu wecken, und die Mittel und Wege, wie dies geschehen könne, wurden in der Diskussion eingehend erörtert.

Prof. Max Kassowitz, Direktor des I. öffentlichen Kinderkrankeninstituts in Wien, ist gestorben. Er hat sich speziell auch als Forscher auf dem Gebiete der hereditären Syphilis verdient gemacht.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Juli 1913 | Nr. 29 | Band 57

Aus der dermatologischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien (Vorstand: Primarius Dr. P. Rusch).

Knotenförmige Hautverdickungen bei Sklerodaktylie [1]).

Von

Dr. B. Lipschütz, Assistenten der Abteilung.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Im vorigen Jahre hatten wir Gelegenheit einen Fall von Sklerodaktylie zu beobachten, der wegen eines ungewöhnlichen klinischen Details differentialdiagnostisches Interesse beanspruchte. Dies mag seine Mitteilung an dieser Stelle rechtfertigen.

St. B., 24 Jahre alt, Kontoristin, aufgenommen am 24. VI. 1911 auf Zimmer 28 des Wiedener Krankenhauses.

Anamnese. Eltern und Geschwister der Patientin leben und sind gesund. Bis auf eine im zwölften Lebensjahr durchgemachte Diphtherie war Patientin stets gesund. Im Herbst 1910 traten im Anschluß an eine Verkühlung rheumatische Beschwerden auf, die jedoch bald aufhörten. Ende Februar 1911 traten solche nach einer Erkältung von neuem in beiden Schulter- und Kniegelenken auf; eine Anschwellung der Gelenke will Patientin damals nicht bemerkt haben. Wenige Tage später, Anfang März, bemerkte sie zum ersten Male das Auftreten von Schwellungen an den Fingern und zwar zuerst beiderseits am Zeige- und Mittelfinger, kurz hernach auch an beiden Daumen, während Ring- und kleiner Finger frei blieben. Die Beweglichkeit der Finger war durch die gleichmäßige pastöse Schwellung etwas eingeschränkt, doch keineswegs aufgehoben. Von den Fingern erstreckte sich die Anschwellung auf beide Handrücken, zum Teil auch auf die Handteller bis zum Handgelenk. Die Hautoberfläche hatte die normale Farbe beibehalten oder, ohne besondere Gelegenheitsursache, einen rötlichen oder mehr bläulichlividen Farbenton angenommen. Bloß nach Kälteeinwirkungen soll die Haut der erkrankten Finger auffallend weiß aussehen, wobei ein Gefühl von Ameisenlaufen aufzutreten pflegt.

Vor vier Wochen bemerkte Patientin das Vorhandensein kleiner, knollenförmiger Verdickungen im Bereiche der erkrankten Haut, die ihr keine Beschwerden bereiteten und nur die Beweglichkeit der Finger beim Abbiegen und Faustmachen einschränkten. Seit acht Tagen zeigt auch die Haut des bisher frei gebliebenen Ring- und kleinen Fingers der rechten Hand eine ähnliche derb-pastöse Anschwellung, verbunden mit dem Auftreten umschriebener Hautverdickungen. Linkerseits sind Ring- und kleiner Finger unverändert geblieben.

---

[1]) Nach einer Demonstration in der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 3. Mai 1911.

Digitized by Google

Patientin wurde mit 18 Jahren menstruiert, Menses stets regelmäßig, alle 4 Wochen, von dreitägiger Dauer, ohne Schmerzen, mit geringem Blutverlust einhergehend.

Es bestehen weder Husten, noch Nachtschweiße, Appetit gering, Stuhl regelmäßig.

Status praesens. Schlanke Patientin, von grazilem Knochenbau, mäßig gut entwickelter Muskulatur und Panniculus adiposus. Haut und sichtbare Schleimhäute ziemlich blaß.

Die Zunge ist feucht, nicht belegt. Die Mundhöhle zeigt keine pathologische Veränderungen.

Über den Lungen überall heller Schall und normale Atemgeräusche. Die Herzdämpfung normal, Herztöne rein, die zweiten Töne etwas klappend. In abdomine nichts Abnormes nachweisbar. Der Harn ist frei von Eiweiß und Zucker.

Die Haut der Finger zeigt folgende Veränderungen: eine fast gleichmäßige, pastösderbe Schwellung der gesamten Zirkumferenz, welche den Fingern ein plumpes Aussehen verleiht. Diese eigentümliche Schwellung durchsetzt die ganze Hautdicke und scheint auf die Subkutis überzugreifen. Eine Abhebung der Haut in Falten ist stellenweise sehr schwer, stellenweise kaum durchführbar; auf Druck bleiben keine Impressionen bestehen.

Die Hautoberfläche zeigt keine Veränderungen ihrer Struktur; die Farbe wechselt zwischen bläulichrot und intensiv livide, wobei zu manchen Zeiten auch normale Hautfärbung zu sehen ist. Die erwähnte livide Verfärbung ist nicht in diffuser Ausdehnung vorhanden, sondern tritt sehr häufig in einzelnen größeren und kleineren, stärker hervortretenden Herden auf.

Nach Kälteeinwirkungen kommt es zu einer vollkommen ischämischen Verfärbung der Haut einzelner Finger, welche höchstens 15 Minuten andauert und in der Wärme verschwindet. In den ischämischen Hautpartien verspürt Patientin ein Gefühl von Ameisenlaufen und hat den Eindruck erschwerter Beweglichkeit.

Viel weniger ausgeprägt sind die Hautveränderungen in den Handtellern, welche linkerseits ausschließlich die Mitte der Vola manus einnehmen, während rechterseits auch Ballen und Gegenballen mit affiziert erscheinen. Der Ring- und der kleine Finger der linken Hand sind normal.

Die weitere Untersuchung ergibt folgende bemerkenswerte Hautveränderung: entsprechend der Volarfläche der ersten Phalanx sämtlicher Finger der rechten Hand, mit Ausnahme des Daumens und linkerseits mit Ausnahme des Mittel- und Zeigefingers, findet man umschriebene, ziemlich derbe, gut begrenzte, flach prominierende Verdickungen, die in ihrem Breiten- und Längendurchmesser fast die gesamte volare Hautfläche der ersten Phalanx einnehmen. Sie sitzen anscheinend in den mittleren und tieferen Anteilen der Kutis und greifen auch auf die Subkutis über.

Ferner findet man an der Streckseite der zweiten Phalanx des rechten Zeige-, Mittel- und Ringfingers und des linken Mittel- und Ringfingers, knapp distalwärts vom ersten Interphalangealgelenk gelegen, viel kleinere, höchstens erbsengroße, scharf umschriebene, sich deutlichst verwölbende, in der Haut liegende und mit ihr verschiebbare Verdickungen von derber Konsistenz. Auf Druck sind die Nodositäten recht schmerzhaft; ihre Oberfläche zeigt keine besondere Veränderungen.

Die Röntgenaufnahme beider Hände und Finger zeigt vollkommen normalen Knochenbau und namentlich keine Gelenksveränderungen. Die beschriebenen Hautverdickungen sind im Röntgenbild nicht nachweisbar.

Aus der weiteren Beobachtung der Kranken sei noch folgendes angeführt:

Am 25. V. verließ Patientin auf eigenes Verlangen das Krankenhaus. Die Haut der Finger erschien weniger infiltriert und verdickt; sie ist vielmehr glatt, glänzend

Digitized by Google

und gespannt. Sämtliche Finger, mit Ausnahme des Daumens, sind gebeugt und können weder aktiv noch passiv vollständig gestreckt werden. Die Verdickungen der Haut in der Vola, ebenso am Antithenar, die anfangs einer vollständigen Öffnung der Hand hinderlich waren, sind gegenwärtig geschwunden.

Linkerseits bieten der vierte und fünfte Finger einen nahezu normalen Aspekt. Am zweiten und dritten Finger bestehen die beschriebenen Veränderungen, namentlich im Bereiche der ersten Interphalangealgelenke, wo die Haut gespannt, weniger verschieblich und glatter erscheint und des weiteren dorsalwärts, wo sich Reste der tiefen Kutisinfiltrate erhalten haben.

Die ischämischen Verfärbungen sind in letzter Zeit selten aufgetreten und beschränkten sich auf die Fingerkuppen der linken Hand. Klage über Parästhesien in den Fingerkuppen, deren Schmerzempfindung (Nadelstich) deutlich herabgesetzt ist.

Zwei Monate nach der Entlassung der Kranken hatten wir wieder Gelegenheit eine Untersuchung vorzunehmen; eine Änderung des Befundes ließ sich nicht feststellen.

Wie aus den angeführten Daten der Krankengeschichte hervorgeht, handelt es sich bei unserer Kranken um einen typischen Fall von Sklerodaktylie, der sich im Anschluß an eine Erkältung und unter Auftreten rheumatischer Beschwerden in den letzten Monaten ausgebildet hatte. Neben den ausgeprägten Hautveränderungen der Finger und des Handrückens, weniger der Flachhand und neben der durch erstere bedingten Einschränkung der Beweglichkeit der Fingergelenke, treten, meist nach Kälteeinwirkungen, ischämische Verfärbungen der Haut an den Fingern auf, die verschieden lange Zeit andauern und mit Parästhesien, Ameisenlaufen usw. einhergehen.

Besonders bemerkenswert erscheint aber in unserem Fall das Vorhandensein mehr oder weniger scharf umschriebener, ziemlich derber, verschieden großer in die Haut eingelagerter knotenförmiger Verdickungen, die dem Krankheitsbild ein eigenartiges Gepräge verleihen. Die nähere Untersuchung zeigte, daß die erwähnten Verdickungen ihren Sitz in den mittleren und tieferen Koriumanteilen haben und über das Hautniveau flach prominieren. Ihre Oberfläche ist glatt und gespannt; sie zeigen keinerlei abnorme Sensationen und sind auf Druck nicht schmerzhaft. Die Größe der Hautnodositäten schwankt zwischen der einer Linse bis zu der eines Hellers. Sie sind mit der Haut verschieblich und mit den tiefer gelegenen Geweben (Faszie oder Periost) nicht verwachsen. Ihr Sitz ist: die Volarfläche der Grundphalanx sämtlicher Finger der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens und der Finger der linken Hand mit Ausnahme des Mittel- und Zeigefingers, ferner die Streckseite der Mittelphalanx des rechten Zeige-, Mittel- und Ringfingers und des linken Mittel- und Ringfingers.

Für die Beurteilung der klinischen Bedeutung dieser Hautnodositäten im Bilde der Sklerodaktylie kommen differentialdiagnostisch eine

Digitized by Google

Reihe von Affektionen in Betracht, die der Reihe nach kurz besprochen werden sollen.

Sowohl die derb-elastische Konsistenz der Hautverdickungen, als auch das — wie bereits im Status erwähnt wurde — negative Ergebnis der Röntenuntersuchung ließ die Annahme von Kalkeinlagerungen vollkommen ablehnen; wir erwähnen diese differentialdiagnostisch in Betracht gezogene Affektion, namentlich bezugnehmend auf eine vor kurzem erschienene Mitteilung von Thibierge und Weissenbach über das Vorkommen von subkutanen Kalkeinlagerungen bei Sklerodermie.

Des weiteren mußten die beim Krankheitsbilde des Rheumatismus nodosus auftretenden Hautveränderungen in den Kreis der differentialdiagnostischen Erwägungen einbezogen werden. Nach dem zusammenfassenden Referat von Willner treten bei der erwähnten, verhältnismäßig seltenen Krankheit knotenförmige Verdickungen in der näheren und weiteren Umgebung der Gelenke im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus auf. Bei den histologischen Untersuchungen findet man den Aufbau der den tieferen Weichteilen oder gar dem Periost angehörenden Knötchen aus einem zell- und gefäßreichen Bindegewebe bestehend, das epitheloide Zellen, Leukozyten und Riesenzellen einschließt. Die knötchenförmigen Verdickungen stellen regelmäßig ein Symptom der bestehenden, fast stets durch schwere Herzveränderungen komplizierten Grundkrankheit dar. Wenn auch in der Anamnese unseres Falles — wie in der so zahlreicher Sklerodermiekranken — über das Auftreten rheumatischer Beschwerden geklagt wird, so bietet doch unsere Kranke ein völlig verschiedenes klinisches Bild dar, da — worauf wir hier das allergrößte Gewicht legen müssen — überhaupt keinerlei Zeichen irgend welcher in den Gelenken bestehender pathologischen Veränderungen vorhanden sind. Daraus ergibt sich die Abgrenzung des beschriebenen Krankheitsbildes von den Fällen von Rheumatismus nodosus von selbst.

Dieselben Gründe führen uns auch zur Ablehnung der anläßlich der Demonstration des Falles von einem Redner supponierten Annahme von Heberdenschen Knoten. Nach den Untersuchungen von Pineles, Noorden u. a. stellen diese Knoten chronische deformierende Gelenksveränderungen (Osteophytenwucherungen und Veränderungen der Gelenksknorpel) dar, die meist bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte und im Klimakterium auftreten können. Die Annahme echter Gichtknoten kann daher bei der 21 Jahre alten Kranken, bei der weder die klinische Untersuchung, noch die Röntgendurchleuchtung das Vorhandensein pathologischer Gelenksveränderungen nachzuweisen imstande ist, mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Begründet erscheint diese Annahme auch

Digitized by Google

durch die histologische Untersuchung, die Harnsäureablagerungen vollkommen vermissen ließ.

Gelangten wir sowohl durch die klinische Untersuchung der Kranken als auch auf Grund der hier erörterten differentialdiagnostischen Erwägungen dahin, die eigenartigen knoten- und knötchenförmigen Hautverdickungen als zum Bilde der Sklerodermie gehörend zu betrachten, so erhielten wir weitere bestätigende Aufschlüsse auch aus dem Ergebnis der histologischen Untersuchung.

Zur Exzision gelangten zwei knotenförmige Verdickungen, die in Alkohol und in Zenkerscher Flüssigkeit fixiert, nach Paraffineinbettung mit den üblichen Färbemethoden (Hämalauneosin, van Gieson, polychromes Methylenblau, Weigerts Elastinfärbung usw.) behandelt wurden. Schon bei der unter Kelenanästhesie ausgeführten Exzision konnten wir feststellen, daß es nicht gelungen war, die untere Begrenzung der bei der klinischen Untersuchung scheinbar scharf umschriebenen Knötchen herauszupräparieren. Offenbar setzten sie sich in die tieferen Gewebsschichten, wenn auch nur in Form eines allmählichen Überganges, fort. Dementsprechend konnten wir in den Schnitten nur die obere und die seitlichen Grenzen der Knötchen nachweisen, während die untere fehlte.

Bei der Durchmusterung der Schnitte ließ sich folgender Befund erheben:

Das Stratum corneum zeigt eine geringgradige Hyperkeratose und normale Schichtung. Das Stratum granulosum ist deutlich ausgebildet und umfaßt etwa vier Zellreihen. In der Basalzellenschicht des nicht verdickten Rete Malpighi ist eine Vermehrung des Pigmentgehaltes nicht nachweisbar.

Die Papillen sind an Zahl normal, etwas abgeflacht und oft verbreitert, die Epidermiskoriumgrenze verläuft wellenförmig und ist überall scharf ausgebildet. Das Bindegewebe ist in den Papillen und im Stratum subpapillare leicht ödematös. Vom oberflächlichen erweiterten Hautgefäßnetz lassen sich in zahlreichen Papillen senkrecht aufsteigende dilatierte kapillare Gefäße nachweisen. Um diese Gefäße besteht hier und da eine mäßige Zellinfiltration, die sich hauptsächlich aus gewucherten, fixen Bindegewebszellen zusammensetzt. Schon in diesen Koriumanteilen findet man als Ersatz der Verfilzung feiner Bindegewebsfasern ein Balkenwerk vergröberter geschwollener Bündel; stärker ausgeprägt ist diese Erscheinung in den mittleren und tieferen Kutisschichten. Die Bindegewebsbündel sind daselbst beträchtlich geschwollen und verlaufen in mächtigen Zügen, zum Teil wellig, zum Teil miteinander verfilzt. Zwischen diesen voluminöseren Bindegewebsbündeln lassen sich scharf hervortretende, spindelförmige Bindegewebskerne in mäßiger Zahl auffinden. Vollkommen ähnlichen Veränderungen, jedoch in exzessiver Steigerung, begegnet man auch in den untersten Anteilen der Schnitte, wo entsprechend den klinisch nachgewiesenen Hautverdickungen, die kollagenen hypertrophischen Bündel entweder noch die Bindegewebsfaserung aufweisen oder ein mehr homogenes, fast wachsartiges („erstarrtes") Aussehen angenommen haben.

Die elastischen Fasern zeigen in den Papillen und im Stratum sub-

Digitized by Google

papillare corii keine Veränderungen, in den tieferen Koriumabschnitten erscheinen sie oft stellenweise verschoben und zerrissen.

Besonders bemerkenswert sind die Gefäßveränderungen, die namentlich in den tieferen, den Hautverdickungen entsprechenden Koriumanteilen deutlich ausgeprägt sind. In den Papillen und im Stratum subpapillare sind die Gefäße mäßig erweitert und zeigen geringgradige perivaskuläre Infiltration. Die in der Tiefe vorhandenen Gefäßalterationen treten unter verschiedenen Bildern auf: Zunächst findet man bei mehreren größeren Gefäßchen sehr deutlich ausgesprochene Endothelwucherungen der Intima, die an einzelnen Stellen letzterer zu zotten- oder buckelförmigen Vorsprüngen ausarten, und, ins Lumen vorspringend, einen großen Teil desselben ausfüllen. Die gewucherten Endothelien erscheinen etwas vergrößert, an einzelnen Querschnitten polygonal, mit hypertrophischem Kern und deutlich nachweisbarem Kernkörperchen. Diese Vorsprünge sitzen der Intima entweder breitbasig auf oder zeigen eine mäßige Einschnürung ihrer Basis. In der dieser Arbeit beigegebenen Tafel (Fig. 1) ist ein derartig verändertes Gefäß wiedergegeben, das im Querschnitt ein Y-förmig freigebliebenes Lumen aufweist. Die Bindegewebsschicht der Intima, ferner die Tunica media und adventitia sind unverändert geblieben, die elastischen Fasern erscheinen vermindert und stellenweise vielleicht zerrissen zu sein; das Gefäß liegt eingescheidet von hypertrophischen Bindegewebsmassen.

An anderen Gefäßchen ist eine stärkere Zellwucherung der Adventitia wahrnehmbar, wodurch das Gefäßlumen oft eine Kompression erfährt, so daß es bis auf eine schmale Spalte reduziert werden kann (Fig. 2). Zu bemerken ist, daß neben erkrankten auch normal erscheinende Gefäße angetroffen werden und daß anscheinend hauptsächlich die arteriellen Gefäße befallen sind. Veränderungen der Muskularis, namentlich die in einzelnen Arbeiten beschriebene Hypertrophie dieser Gefäßschicht, konnte ich nicht auffinden. Follikel (Talgdrüsen, Arrectores pilorum usw.) sind in den Schnitten nicht getroffen. Die in den tieferen Koriumanteilen reichlich vorhandenen Schweißdrüsen sind unverändert und zeigen namentlich keine Kompression von seite der sie umgebenden hypertrophischen Bindegewebsmassen. Einzelne Nervenstämmchen, die in den Schnitten zu sehen sind, zeigen normales Verhalten.

Zusammenfassung. Ausgesprochene Hypertrophie des kollagenen Gewebes und Gefäßveränderungen, teils in Form von Endothelwucherungen der Intima, teils in Form adventitieller Zelleinscheidungen zeichnen in typischer Weise das histologische Bild aus und finden sich namentlich in den mittleren und unteren Anteilen der Kutis, die dem Sitz der nachgewiesenen Hautverdickungen entsprechen. Diese histologischen Befunde bestätigen daher in ganz einwandfreier Weise die Annahme einer Sklerodermie, indem sie die charakteristischen Veränderungen zeigen: sowohl jene eigentümliche, als Hypertrophie sich manifestierende Bindegewebsschwellung, die offenbar auf eigenartigen, uns noch nicht näher bekannten ödemartigen Vorgängen beruht, als auch des weiteren Gefäßveränderungen, die in nicht gleichmäßiger Weise den Gefäßbaum befallen.

Die vorhandenen Hautverdickungen müssen daher auf Grund der klinischen und histologischen Untersuchung zum Bilde der Sklerodaktylie

Digitized by Google

Fig. 1.

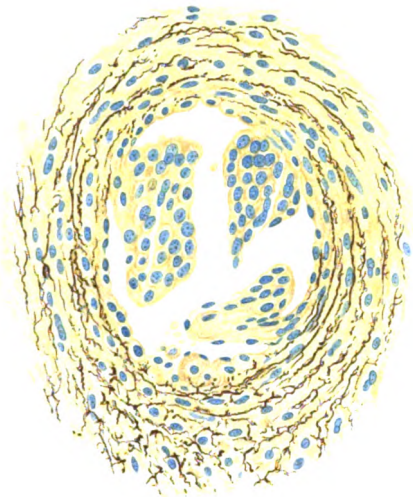
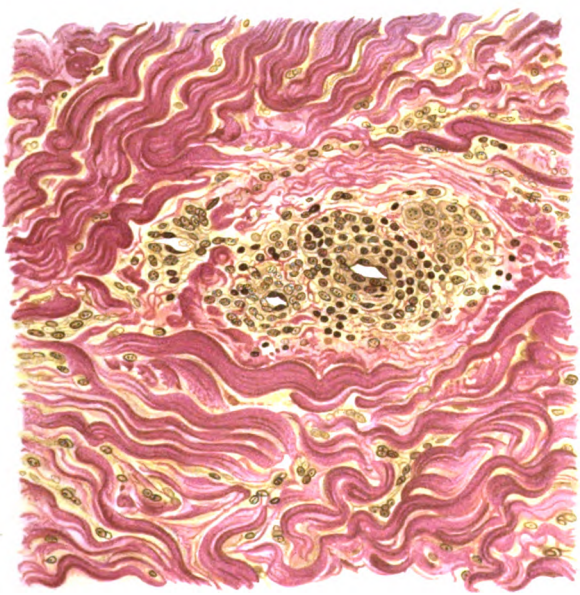


Fig. 2.



Lipschütz.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google

gerechnet werden. Unsere, wie es scheint, bisher vereinzelt dastehende Beobachtung ist von den Fällen zu trennen, bei welchen die Erkrankung im subkutanen Gewebe unter Knotenbildung beginnt und erst sekundär die mit ihr verwachsende bedeckende Haut befällt (Kaposi, Heller usw.). Unser Fall darf auch nicht mit einer Beobachtung (Fall VII) Oslers verwechselt werden, in welcher bei ausgebildeter Sklerodermie subkutan gelegene, fibromartige Knötchen in der Stirngegend vorhanden waren, denen der Verfasser übrigens keine besondere Bedeutung beilegt. Im Gegensatz zu diesen Beobachtungen bestehen bei unserer Kranken multiple, in der Haut selbst eingelagerte, mit ihr verschiebliche, mit der Unterlage (Faszie oder Periost) nicht verwachsene, linsen- bis hellergroße, derbelastische, knotenförmige Verdickungen, die im klinischen Bild besonders hervortreten.

Es sei zum Schluß erlaubt darauf hinzuweisen, daß das Vorkommen zirkumskripter Nodositäten bei Sklerodermie nicht uninteressante Analogien in der Beobachtung zirkumskripter Hautverdickungen bei der idiopathischen Hautatrophie findet, wie solche in der letzten Zeit mehrfach beschrieben worden sind (Herxheimer und Schmidt, Oppenheim, Nobl u. a.). Wir selbst hatten ebenfalls Gelegenheit vor einiger Zeit bei einem Soldaten, der das typische Bild der idiopathischen Hautatrophie darbot, das Vorhandensein strang- und tumorförmiger Knoten auf der Streckseite des Ellenbogens und des Vorderarmes inmitten atrophischer Hautdecken festzustellen. In ähnlicher Weise wie die Genese derartiger Formationen bei der idiopatischen Hautatrophie auf den Grundprozeß selbst zurückgeführt wird, dessen Wesen sich nicht erschöpft in der Annahme lediglich atrophisierender Vorgänge, sondern eben auch produktive Prozesse in sich schließt, in gleicher Weise ließen sich die Knoten bei der Sklerodaktylie auf die Krankheit selbst zurückführen. Zirkumskripte Knotenbildung der Haut würde daher eine Tatsache mehr in der Reihe der bei Sklerodermie und idiopathischer Hautatrophie feststellbaren klinischen Analogien vorstellen.

Literatur.

1. Thibierge und Weissenbach, Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. Ann. de Derm. et de syph., 1911. — 2. Willner, Rheumatismus nodosus. Sammelreferat im Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir., 1911. — 3. Pineles, Zur Klinik und Pathogenese der sogenannten Harnsäureschmerzen. Wien. klin. Wochenschr., 1909. — 4. Osler, Journ. of cutan. and genito-urinary dis., 1898 (Fall VII). — 5. Herxheimer und Schmidt. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 105. — 6. Nobl, Die multiple Pseudofibromatose im Zustandsbild der Akrodermatitis atrophicans. Wien. klin. Wochenschr., 1911.

Die Erklärung der Zeichnungen ist dem Text zu entnehmen.

Digitized by Google

Aus der äußeren Abteilung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(Leiter: Prof. Dr. Werther).

Ein schwerer Anfall zerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektionen.

Von

Hilfsarzt Fischer.

In Anbetracht der häufigen Anwendung von Arthigon bei der Behandlung gonorrhoischer Komplikationen dürfte es wohl auch von Interesse sein, auf unangenehme Nebenwirkungen des Arthigons hinzuweisen. In der Literatur sind meines Wissens nach bis jetzt nur ganz wenig Fälle beschrieben worden, die mit dem im folgenden angeführten Fall Ähnlichkeit haben.

Patientin E. K., 17 Jahre alt, litt bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus an Lues (Papeln am Genitale) und an Urethral- und Zervixgonorrhöe. Sie wurde mit Hydrargyrum salicylicum und Salvarsan behandelt. Während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus und im Anschluß an die Menstruation entwickelte sich eine Parametritis, zunächst in der linken, bald darauf auch in der rechten Adnexgegend. Sie bekam deswegen Arthigon, und zwar wurden vier Injektionen gemacht, wöchentlich zweimal, in steigenden Dosen, von 0,5 bis 2 ccm Arthigon. Patientin, die für ihr Alter außerordentlich kräftig gebaut und ernährt war und deren innere Organe sonst ohne irgend welche krankhaften Erscheinungen waren, vertrug die erste, 0,5 ccm betragende Arthigoninjektion ohne irgend welche Beschwerden. Nach der zweiten und dritten Injektion aber, 2—3 Stunden post injektionem, hatte sie Schwindelgefühl und besonders heftige Schmerzen in beiden Schläfengegenden. Ab und zu auch Frösteln. Weiter traten Schmerzen im Kreuz und nur geringe Temperaturerhöhungen auf. Nach der vierten Injektion (2,0 ccm Arthigon) trat nun bei der Patientin ein eigentümlicher Zustand ein. Die Injektion war intramuskulär in die Glutäalgegend unter nur allen üblichen Kautelen gemacht worden. $1^1/_2$ Stunden später trat ein starkes Hitzegefühl im Kopfe auf, ferner Ohrensausen, dann starke Schüttelfröste verbunden mit fast unerträglichen Schmerzen im Hinterkopf. Die Gesichtsfarbe war wachsbleich, blutleer, die Pupillen reagierten anfangs nur sehr träge, um dann eine kurze Zeit auf Lichteinfall überhaupt nicht mehr zu reagieren. Das Bewußtsein war öfters aufgehoben. Starkes Erbrechen stellte sich ein, der Radialpuls war zeitweise vollständig verschwunden. Patientin zeigte wiederholt starke Zuckungen von seiten der Gesichtsmuskulatur, ferner schlug sie mit Händen und Füßen um sich. Es trat Schaum vor den Mund, die Hände waren dabei zusammengeballt, ein Zungenbiß war nicht nachzuweisen. Eine sofort vorgenommene Temperaturmessung im Rektum ergab 40°. Am Schlusse dieses etwa 25 Minuten dauernden „Anfalles" öffnet Patientin auf starkes Anrufen die Augen und erwacht wie aus tiefem Schlaf. Dann war sie sehr unruhig, warf sich schreiend hin und her, hatte Todesangst, wünschte ihre Mutter noch einmal zu sprechen und klagte besonders über heftiges Frieren. Am anderen Tage fühlte sich Patientin wieder vollkommen wohl. Die Temperatur war wieder zur Norm zurückgekehrt.

Digitized by Google

Betrachtet man nun vom kritischen Standpunkte aus diesen Zustand, der nach einer Arthigoninjektion auftrat, so drängt sich einem sofort die Frage auf, ob nicht dieser Zustand ein hysterischer gewesen sein könnte. Diese Frage nun kann mit gutem Grunde verneint werden. Denn die Patientin stammte zunächst aus einer gesunden Familie, in der auch nicht das geringste von einem Nervenleiden oder auch von nervösen Erscheinungen bekannt ist. Die Patientin selbst weist keine hysterischen Stigmata auf, und auch aus ihrer genau aufgenommenen Anamnese liegt nicht der geringste Anhaltspunkt vor, diesen oben beschriebenen Zustand auf hysterische Erscheinungen zurückzuführen. Ferner dürfte auch wohl gegen diese Annahme das plötzlich so hoch einsetzende Fieber — 40° und fünf Stunden nach diesen Erscheinungen noch 39,9° — sprechen. Weiter käme ein epileptischer Anfall in Betracht. Doch auch hier dürfte die ganze Anamnese der Patientin und wieder das hohe Fieber dagegen sprechen, zumal ja im einzelnen epileptischen Anfalle solche hohe Temperaturen nicht beobachtet werden. So dürfte man denn nach Ausschluß dieser Krankheiten mit gutem Rechte den geschilderten Zustand auf das Arthigon beziehen. Es liegt nahe, zu vermuten, daß die Injektion zufällig intravenös gemacht und dadurch die rasche und intensive toxische Wirkung im Gehirn ausgelöst worden sei. Ich kann dies nicht annehmen, da ich vor der Injektion die Kanüle eingestochen und wie bei der intramuskulären Injektion unlöslicher Hg-Präparate gewartet habe, ob Blut austropfe. Dagegen muß ich hervorheben, daß schon nach der zweiten und dritten Injektion Kopfschmerzen und Schwindelgefühl geklagt wurden. Vielleicht hat sich eine Art Überempfindlichkeit ausgebildet, die zu der schweren Reaktion nach der vierten Injektion führte. Eine Reaktion an der Stichstelle oder ein Erythem wurde nicht beobachtet.

Es ist mir nun bekannt, daß Föckler (Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 46) ähnliches beobachtet hat: ein Patient, der früher an Meningitis gelitten hatte, bekam in der Nacht nach der ersten Injektion einen epileptiformen Anfall mit Bewußtlosigkeit, ein anderer gleichfalls, und zwar am Schluß einer Kur von zwei Zyklen mit 11,5 ccm Arthigon im ganzen. Föckler kann sich nicht für den ursächlichen Zusammenhang entscheiden. Ich glaube deshalb durch Veröffentlichung meines Falles die Kenntnis dieser seltenen Komplikation zu fördern. Da aus der Neisserschen Klinik vor kurzem (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 22) die intravenöse Arthigoninjektion empfohlen wird, dürfte Vorsicht bei der Dosierung in Rücksicht auf die zerebrale Nebenwirkung am Platze sein.

Digitized by Google

Feuilleton.

Die Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht[1]).

Vom

Senatspräsidenten Geh. Oberjustizrat Robert Schmölder, Hamm i. W.

Die Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht besteht heute noch in Deutschland, wie in Frankreich darin, daß man eine Anzahl Frauen in die Liste der offiziellen Berufshuren einschreibt. Diese Einschreibung charakterisiert Dr. Jeannel, der Polizeiarzt von Bordeaux, dahin: „L'inscription a pour consequence, de rétrancher la femme de la société des honnêtes gens." Wer aber aus der ehrbaren Gesellschaft ausgestoßen ist, der sinkt nur zu leicht herab in den Zustand der tiefsten Verkommenheit, um den gruppieren sich nur zu bald alle ehrlosen und gefährlichen Elemente der Großstadt.

Die Einschreibung ist demnach verhängnisvoller als die russische Verbannung nach Sibirien. Sie erfolgt aber, wie diese, auf administrativem Wege, d. h. durch den Inhaber der Polizeigewalt oder einen von diesem delegierten Unterbeamten und formlos, unter Fortfall aller der Kautelen, die der Strafprozeß selbst denen gewährt, die eine geringfügige Geldstrafe zu befürchten haben.

Das alles geben die Anhänger des bestehenden Zustandes mehr oder weniger unumwunden zu. Sie finden aber eine Rechtfertigung in dem Kampf, der gegen die sich mehrenden Geschlechtskrankheiten geführt werden muß: „La visite est la seule excuse de ce réglement de police arbitraire" schreibt ein leidenschaftlicher Reglementarist, der Pariser Arzt Dr. Reuss.

Zu dieser Untersuchung der Eingeschriebenen zunächst das Folgende: sie ist überall eine regelmäßig wiederkehrende. Mit einer ärztlichen Sprechstunde hat sie nichts gemein. Die Frauen, die zu ihr erscheinen, fühlen sich nicht krank. Sie hat auch keine strafrechtliche Bedeutung. Bei offiziellen Berufshuren sind Geschlechtskrankheiten die Berufskrankheiten. Sie ist — etwas anderes erübrigt gar nicht — eine marktrechtliche Einrichtung. Bei ihr wird festgestellt, ob der zu Markt getragene Körper sich weiterhin zum Konsum eignet oder beschlagnahmt werden muß. Dementsprechend haben sich geäußert:

Polizeiarzt Professor Dr. Streubel: „Diese Untersuchungen sind eine Kränkung und Verletzung der Menschenwürde, eine Herabwürdigung zum Abtritt geschlechtlicher Defäkationen." Dr. Sperk, der Chefarzt des Petersburger Kalinkinhospitals: „Quant à moi, mes obversations personnels m'ont inspiré cette ferme conviction, que la femme se résigne souvent à l'idée de devenir un object de vent; mais jamais à l'idée de s'exposer à la visite publique; la première nécessité est souvent considérée par elle comme un triste destin inévitable; la seconde toujours comme une injure", und die Ärzte Dr. Kühn und Dr. Reich (in ihrem Werk: Die Prostitution im 19. Jahrhundert und die Verhütung der Syphilis): „Es ist nicht zu leugnen, die Frau wird, wenn man sie zu dieser Unter-

[1]) Das hier behandelte Thema wurde vom Herrn Verfasser in ausführlicher Weise dargestellt in der soeben im Verlag von J. A. Barth erschienenen Flugschrift der Dtsch. Ges. z. B. d. G. „Die Prostitution, ihre endgültige Regelung eine dringendes Bedürfnis". Red.

Digitized by Google

suchung heranzieht, tief herabgesetzt. Sie verstößt gegen die Moral, wenn sie sich gegen Geld hingibt. Indes, dieser Akt verletzt die Schamhaftigkeit nicht so, wie die zu dieser Untersuchung nötige Bloßstellung des Körpers. So werden die Untersuchungen, die anfangs das Schamgefühl verletzen, durch allmähliche Gewöhnung dessen letzten Rest vernichten."

„Wir müssen aber" — so fahren Kühn und Reich fort — „diesen letzten Rest hintansetzen der Krankheit, die wir entfernen wollen." Den Erfolg dieser Untersuchungen rühmt dann auch Dr. Reuss mit den Worten: „les filles soumises ne peuvent se livrer à la prostitution, que si elles sont saines."

Demgegenüber ist zunächst ein Eingehen auf die wichtigste der in Frage kommenden Krankheiten geboten: bei der Syphilis folgt bekanntlich auf die Heilung des Primäraffekts eine, mehrere Jahre andauernde, Krankheitsperiode, in der anhaltend immer wieder von neuem flüchtige und oft schwer erkennbare Entzündungen zutage treten, und diese Rezidive sind so gefährlich, daß der Chefarzt Dr. Sperk ihnen mehr als $^6/_7$ aller Krankheitsübertragungen zur Last legt, daß alle ärztlichen Autoritäten Frauen in dieser Krankheitsperiode in ein Rekonvaleszentenhaus unterbringen, jedenfalls dem Prostitutionsgewerbe vollständig entziehen möchten. Nun bestimmt aber schon das preußische Ministerialreskript vom 7. Juli 1850: „Einzuschreiben sind diejenigen, die wegen Winkelhurerei bereits bestraft sind, oder sich als notorische Winkelhuren wegen syphilitischer Krankheit in ärztlicher Behandlung befunden haben." Also, indem man in den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen die einzige Rechtfertigung und Entschuldigung der Einschreibung erblickt, kommt man dahin, für die Frage, ob eine Frau dieser Maßregel verfallen soll, die Feststellung von Syphilis, mag sie vor kurzer oder langer Zeit erworben sein, als ausschlaggebend zu betrachten und neben dieser Feststellung sich hinsichtlich des Unzuchtgewerbes mit der Notorietät, d. h. mit dem Verdacht zu begnügen. Damit werden aber Frauen, die bisher nur einen gelegentlichen Geschlechtsverkehr gehabt haben, gezwungen, gerade in ihrer gefährlichsten Zeit ausschließlich vom Unzuchtsgewerbe zu leben.

Aber weiter, regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen gehen sogenannte „Vortoiletten" voran. Bei ihnen entwickeln Prostituierte die größten Verdeckungskünste. Es berichten Dr. Reuss: „Quand il s'agit, au moment de la visite de dissimuler une petite érosion, une petite ulcération, voire même un chancre: une couche de carmin, un petit morceau de baudruche, habitelement placé et coloré suffisent quelquefois, pour masquer leur présence et tromper le médicin", und Dr. Mireur, der Polizeiarzt von Marseille: „ces femmes peuvent dissimuler par des lotions et des injections, faites immediatement avant la visite, des écoulements vaginaux chroniques." Nach einer Mitteilung in der Deutschen medizinischen Wochenschrift hat man auch in Krankenhäusern festgestellt, daß Prostituierte mit einer noch reichlichen Sekretion als geheilt zur Entlassung kommen, sobald man für die täglichen Untersuchungen eine bestimmte Stunde festsetzt.

Die Eingeschriebenen haben aber auch ein noch einfacheres Mittel, in Zirkulation zu bleiben, wenn sie sich krank fühlen. Sie bleiben dann einfach von den Untersuchungen fern, tauchen im Häusermeer der Großstadt der Behörde gegenüber unter und treiben nun ihr Gewerbe „comme disparues" — so lautet in Frankreich der technische Ausdruck — so lange es geht, weiter. Für den Umfang, in dem dies Mittel zur Anwendung kommt, nur die eine Zahl: Berlin hatte in den Jahren 1888—1891 einen durchschnittlichen Bestand von 4000 Eingeschriebenen. Diese waren einer wöchentlichen Untersuchung unterworfen, mußten also insgesamt zu durchschnittlich 208000 Untersuchungen im Jahr erscheinen, sind aber tatsächlich nur zu 94000 Untersuchungen im Jahr erschienen.

Digitized by Google

Der Erfolg dieser tatsächlich vorgenommenen Untersuchungen ist denn auch ein höchst geringer. Dr. Reuss bringt Zahlen von Paris aus dem Jahre 1886. Er schreibt: „En 1886 sur 100191 visites on n'a constaté que 347 fois l'existence de la syphilis chez les filles inscrites, dans la même année sur 2707 visites on l'a constatée 317 fois chez les clandestines" Also bei den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen der Eingeschriebenen wird, so drückt sich auch der Polzeiarzt Prof. Dr. Streubel aus — „aus dem Strome der Syphilis, der sonst ungehindert seines Weges zieht, nur löffelweise etwas Weniges herausgeschöpft". Dr. Reuss kommt, bei der Suche nach einer Begründung für seinen Satz: „les filles soumises ne peuvent se livrer à la prostitution que si elles sont saines", allerdings zu einer anderen Beurteilung dieser Zahlen. Er schreibt: „Le rapprochement de ces deux chiffres, si éloquents par eux mêmes, me dispense d'en tirer de conclusions. La réglementation de la prostitution n'a plus besoin d'autre argument pour être défendue: celui-ci est péremptoire."

Hinzukommt aber noch das eine: die regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen rauben den Eingeschriebenen den letzten Rest nicht nur der Scham, sondern auch des Verantwortungsgefühls. Die mit Prostituierten verkehrenden Männer wiegen sie in eine verhängnisvolle Sicherheit.

Dr. Sperk schreibt: „Quand elle a son livret paraphé, elle s'estime en droit de coïter jusqu'a la visite suivante, quelques soient les accidents passés inaperçus." Ein bekannter Berliner Arzt erzählte mir aus seiner Sprechstunde folgenden Vorfall: Eine Eingeschriebene trat bei ihm ein und klagte über Schmerzen, die ihr ein geschlechtliches Leiden verursachte. Der Arzt verschaffte Linderung und erklärte dann: „Jetzt aber von hier in die Charité!" Und die Antwort, die er erhielt, lautete: „Was denken Sie wohl, Herr Doktor. Gestern bin ich auf dem Präsidium gesund befunden worden. Heute muß ich Geld verdienen. Wer bezahlt denn meine Miete?"

Prof. Dr. Ströhmberg aber erzählt von einem Studenten, der ihm gegenüber bittere Klage erhoben, als er von der Syphilis und der Gonorrhöe einer Eingeschriebenen erfuhr, mit der er Verkehr gehabt. Ströhmberg hat dem Studenten erwidert: „Warum hast du dir das Büchlein der Person nicht vorlegen lassen. Dort hättest du alles das lesen können." Solche Büchlein werden bei uns den Eingeschriebenen nicht mehr mitgegeben, und zwar nicht nur weil sie unzuverlässig sind, sondern auch weil mit ihnen durch Vertauschung — das hat der Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Skrzeczka hervorgehoben — arger Mißbrauch getrieben ist.

Also der Satz: „les filles soumises ne peuvent se livrer à la prostitution, que si elles sont saines" entbehrt jeder Begründung. Eine Rechtfertigung oder Entschuldigung für eine Maßnahme, die der Menschenwürde und der Sittlichkeit die tiefsten Wunden schlägt, ist überall nicht gegeben.

Heute haben wir aber auch — darauf hat zuerst Dr. Zadack bei den Verhandlungen der Berliner medizinischen Gesellschaft, die im Jahre 1892 unter dem Vorsitz von Virchow stattgefunden haben, hingewiesen — eine Prostitution, die von der Prostitution aller früheren Zeiten wesentlich nach Umfang und nach Inhalt verschieden ist, und schon diese Verschiedenheit fordert gebieterisch einen Bruch mit der überkommenen Reglementierung. Seit dem selbständigen Eintreten der Frau in das Erwerbsleben und dem Anwachsen der großen Hauptstädte trifft der Satz: „Du fingst mit Einem heimlich an, Bald kommen ihrer mehre dran, Und wenn dich erst ein Dutzend hat, So hat dich auch die ganze Stadt" keineswegs mehr die Regel. Seitdem bewegt sich eine unermeßlich große Anzahl von Frauen auf dem bedenklichen Wege, der herab bis zur ausschließlichen und endgültigen Lohnhurerei führt. Aber die Bewegung dieser Frauen ist im großen und ganzen eine langsame. Viele wenden sich wieder rückwärts.

Digitized by Google

Viele kehren zu vollkommen ehrbaren Bahnen zurück. Demnach ist die heutige Prostitution zunächst ins Ungemessene angewachsen. Schätzungen haben in Berlin zur Zahl 50000, in Paris zur Zahl 120000 geführt. Lecour, der Chef des Pariser Bureau des mœurs bemerkt vorsichtig: „La prostitution est légion." Von dieser Legion aber kann selbstverständlich nur ein verschwindend kleiner Bruchteil von der überkommenen Regelung von der Einschreibung ergriffen werden. Die heutige Prostitution ist weiter eine fluktuierende. Diesem Charakter der heutigen Prostitution hat sich auch die öffentliche Meinung angepaßt. Diese urteilt milde und nachsichtig über jede, die geschlechtlich entgleist ist. Sie erwägt bei jeder die Möglichkeit eines Sichrückwärtswendens. Wie kann da eine Behörde weiterhin die Verantwortung der Einschreibung, der Abstempelung zur offiziellen Berufshure tragen?

Bei uns in Deutschland wird schließlich die überkommene Reglementierung nur noch auf einem Wege am Leben erhalten, der eine grobe Gesetzesverletzung enthält und nur deshalb gangbar war, weil man seit längerer Zeit beliebt, diese ganze Materie, als eine unschöne, in Dunkel zu hüllen. Dieserhalb der Hinweis auf meine letzten kleinen Schriften: „Die Prostituierten und das Strafrecht" und „Unsere heutige Prostitution" bei Ernst Reinhardt in München und auf die Flugschrift der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten: „Die Prostitution, ihre alsbaldige Regelung ein dringendes Bedürfnis." Hier sei nur folgendes betont: Bei uns ist auf diesem Gebiet im wesentlichen auch heute noch geltendes Recht die preußische Gesetzgebung vom Jahre 1794. Diese ist in das preußische Strafgesetzbuch vom Jahre 1851 und von dort in das in ganz Deutschland geltende Strafgesetzbuch übergegangen. Nach ihr erfolgt aber die Einschreibung nur auf freiwillige Meldung. Wer sich nicht meldet, und dann doch Hurerei — das Ministerialreskript vom 7. Juli 1850 nennt sie im Gegensatz zu der Hurerei der Anderen Winkelhurerei — treibt, wird bestraft. Erst nach dem Jahre 1794 ist Grundhörigkeit oder Gutsuntertänigkeit, dieser letzte Rest der heidnischen Einteilung der Menschen, gefallen. Seitdem hat sich selbst bei den Niedrigsten unter unseren Frauen das Empfinden von der Würde des Menschtums derartig entwickelt, daß die freiwilligen Meldungen nicht mehr zur Bildung der Klasse der Eingeschriebenen ausreichen. Damit aber weiterhin eine Klasse bestehen bleibt, von der man rühmt: „ne peuvent se livrer à la prostitution, que si elles sont saines", hat man aus dem vollständig anders gearteten französischen Recht willkürlich die Zwangseinschreibung entlehnt.

„Die alsbaldige Regelung der Prostitution ist ein dringendes Bedürfnis." Die diesen Titel tragende Flugschrift der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" enthält auch positive Vorschläge.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juni 1913.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

1. Heller. Zweijähriges Kind mit **Urticaria pigmentosa.** Geistig anscheinend normal, hereditär nichts von Bedeutung; anfangs mit Muttermilch, später künstlich genährt. Januar 1912 zeigten sich Blasen, die austrockneten und sich zum Teil mit Krusten bedeckten. Wo Blasen saßen, trat Pigment auf. Die Affektion lief in fünf Monaten, und zwar in einem einzigen Schube ab. Befallen ist der Rumpf, weniger die

Digitized by Google

Extremitäten, das Gesicht ist frei. Bei Reiz tritt sofort lebhafte Quaddelbildung auf. Juckempfindung anscheinend nicht besonders heftig. Blutungen nicht zu konstatieren. Das Pigment hat die bekannte Milchkaffeefarbe, Kind sieht wie getigert aus.

2. H. Jsaac zeigt ein fünfjähriges idiotisch geborenes Kind. Vater leidet an Phthisis. Im zweiten Lebensjahre zeigten sich auf dem Körper einzelne braunrote Stellen. Eine tuberkulöse Spondylitis führte zu Gibbus. Vor zwei Jahren bildeten sich überall kleine, braunrote Knoten. Mangels der typischen Lupusknötchen handelt es sich wohl um **Tbc. cutis. generalisata.**

Saalfeld hält einen Lupus disseminatus für vorliegend.

3. Lipman Wulf. Junger Mann, Dezember 1912 wegen Lues Schmierkur; anfangs dieses Jahres Ausschlag am linken Unterarm, wurde wieder für Lues gehalten, abermals Schmierkur. März dieses Jahres ausgebreitete Hautentzündung, anscheinend Hg-Dermatitis. Vom Vortragenden mit milden Salben behandelt. Symptome schwerer allgemeiner Prostration mit hohem Fieber. Deshalb im April für sieben Wochen ins Krankenhaus. Die Haut ging in großen Lamellen herunter (Dermatitis exfoliativa). Jetzt noch leichte Schuppenbildung auf dem Kopfe. An **sämtlichen Nägeln** der **Finger** und **Zehen** finden sich regelmäßig verlaufende Querfurchen **(Beausche Linien)** als Zeichen der Ernährungsstörung. Außer diesen Linien finden sich an den Nägeln auch noch für Ekzem charakteristische Veränderungen.

4. Baum. Sehr stark entwickelte **Mollusca contagiosa** an der Brusthaut eines jungen Menschen.

5. Löhe. Ein Fall von **Darierscher Krankheit.** Der Mann leidet seit dem vierten Lebensjahre an dieser Affektion, die in immer neuen Schüben auftritt und wieder abheilt. Die Primäreffloreszenzen sind hirsekorngroße Knötchen mit derber Hornschuppe, die schwer entfernbar ist und einem Reißnagel ähnliche, trichterförmige Vertiefung hinterläßt. Wo Mazeration durch Schweiß stattgefunden, ist die Unterlage mit schmierigen Massen bedeckt. Nach Entfernen derselben bleiben hahnenkammähnliche Wucherungen zurück. An den Streckseiten der Hände sehen die Effloreszenzen wie Verrucae planae aus. Besonders befallen ist die Kopfhaut, dann Gesicht, Hals, Achselgegend, auch die Schleimhäute, namentlich der Übergang vom harten zum weichen Gaumen. Die Prognose der einzelnen Attacke ist gut, therapeutisch wurde viel ohne Erfolg versucht, auch Salvarsan; am besten hilft noch essigsaure Tonerde.

6. Blaschko. Bei einem jungen Manne, der mit Schmieröl zu hantieren hat, entwickelte sich eine Dermatose an den Streck- und Beugeseiten der Vorderarme. Es handelte sich um isolierte, zum Teil an die Follikel gebundene Herde. Es bildet sich zunächst eine kleine Papel mit Hornschüppchen. Das Knötchen geht zurück, es entsteht ein Bläschen, wenig nässend. Solche Dermatosen werden auch sonst beobachtet, wo mit Petroleumrückständen gearbeitet wird. Im vorliegenden Falle ist sie nur leicht aufgetreten. Es kann jedoch zu eitrigem Zerfalle und bei längerer Einwirkung gewisser Kohlenwasserstoffe bis zur Karzinombildung kommen (zum Beispiel Paraffinkrebs). Nur ein geringer Prozentsatz der Arbeiter bekommt solche Dermatosen. Eine Rolle spielt der Reiz durch Verschlechterung des Materiales, aber selbst dann bleiben ca. 80 % verschont.

Gebert hat ähnliche Affektionen auch bei Buchdruckern beobachtet, wenn zum Waschen der gegossenen Schrift ein Terpentinersatz gebraucht wird; vielleicht reizt auch die Druckerschwärze als solche.

7. Blumenthal. Zwei Fälle von **Mycosis fungoides.** a) Frau, an Gesicht und Händen tomatenförmige Tumoren, daneben noch hirsekorn- und bohnengroße Tumoren. Juckreiz mäßigen Grades, das Haar ist teilweise ausgefallen, die Gesichtshaut ist infil-

Digitized by Google

triert und gerötet. Die großen Tumoren zeigen kleine Ulzerationen. Auch am übrigen Körper, besonders Achsel und Hals, Tumoren. An den unteren Extremitäten bläulichrote Infiltrate, die heftigen Juckreiz verursachen. Durch Arsen und Röntgen gingen die Erscheinungen zurück. Bei der Wiederaufnahme ins Krankenhaus hatte Patientin miliare Knötchen über den ganzen Körper hin. Milz gerade palpabel, Drüsen nicht geschwollen. Mycosis fungoides II.—III. Grades. Die Tumoren bestehen aus zellreichen, knotenförmigen Infiltraten; Papillarkörper verstrichen, Follikel, Talg- und Knäueldrüsen nicht nachzuweisen; zum Teil runde Zellen mit großem Kerne und schmalem Protoplasmasaum, dazwischen spindelförmige Zellen, vereinzelte Riesenzellen, zahlreiche Kernteilungsfiguren, elastisches Gewebe stark rarefiziert. Normales Blutbild. b) 61jährige Frau, die Affektion begann vor zwei Jahren mit der Bildung von Flecken an den Unterarmen, bis schließlich am ganzen Körper Flecke auftraten. Jetzt besteht vor allem ein kolossales Ulkus, das den ganzen linken Schultergürtel einnimmt mit wallartig aufgeworfenen und unterminierten Rändern und in jauchigem Zustande (Pyozyaneusinfektion). An der rechten Halsseite wallnußgroßer Tumor, an den Extremitäten zahlreiche Infiltrate. In diesem Falle ergab die hämatologische Untersuchung eine sehr starke Lymphozytose und Vermehrung der eosinophilen Zellen.

8. Tomaszewsky berichtet über **subdurale Injektionen** von **Syphilisvirus bei Kaninchen.** 1 cm seitlich von einer leicht fühlbaren Krista wird die Haut durchtrennt, das Periost beiseite geschoben und mit eigens konstruiertem Bohrer der Knochen durchbohrt. Dann wird 0,5—1 ccm einer aus syphilitischem Kaninchenhoden und ClNa hergestellten Emulsion injiziert. Bis ein Drittel der Tiere gehen zugrunde. Klinische Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems (Krämpfe, Lähmungen) sind nur nach längerer Inkubationszeit zu verwerten. (Demonstration eines vor vier Monaten geimpften Tieres mit dauernder Schiefhaltung des Kopfes.) Lumbalpunktion zu schwierig. Am Augenhintergrunde war niemals Verdächtiges zu sehen. Mehrere Tiere erkrankten dagegen an Keratitis parenchymatosa und Nasentumoren, die dem knöchernen Teile der Nase aufsaßen. Am obduzierten Gehirne war nichts Sicheres nachzuweisen.

Fachzeitschriften.

Sexual-Probleme.

Oktober 1912.

1. Die Nilbraut, von Lipa Bey-Kairo. Die Nilbraut ist eines der nicht wenigen Beispiele für die erotische Symbolik der alten Ägypter.

2. Die christlich jüdische Mischehe, von Max Marcuse-Berlin. In einer sehr ausführlichen Darstellung mit statistischen, entwicklungsgeschichtlichen und psychologischen Daten plädiert Marcuse für die christlich-jüdische Mischehe trotz vieler augenblicklich noch dagegensprechender Momente, weil „die Zunahme der Mischehen die wichtigste Äußerung des fortschreitenden Assimilationsprozesses sei". In bezug auf die Fruchtbarkeit der Ehen zeigen nach der Angabe der Statistiker die größte Zahl der Geburten die rein katholischen, dann die rein protestantischen und zuletzt die Mischehen zwischen Juden und Christen. Diese geringe Fruchtbarkeit der letzteren leitet der Verfasser aus folgenden Umständen her: 1. Die christlich-jüdische Mischehe ist eine Großstadterscheinung, und die eheliche Fruchtbarkeit schwankt in den großen Städten und auf dem flachen Lande in sehr weiten Grenzen zum Nachteile der ersteren. 2. Die christlich-jüdische Mischehe ist zumeist eine Spätehe. 3. Die christlich-jüdische

Digitized by Google

Mischehe ist fast ausschließlich eine Erscheinung der höheren sozialen und intellektuellen Bevölkerungsschichten, und die niedrige Geburtsziffer ist nach SCHALLMEYER und anderen eine Begleiterscheinung von Wohlstand und Kultur.

Die Kinder aus diesen Ehen scheinen nach SOMBART des seelischen Gleichgewichtes zu entbehren und enden deshalb trotz Begabung oft mit sittlicher Verkommenheit, mit Selbstmord oder geistiger Umnachtung.

Für die Juden bedeuten die Mischehen eine Art Selbstmord, und auch die meisten Christen denken sehr skeptisch über den Ausgang solcher Ehen. Das wird sich mit der Zeit ändern, wenn die Juden mehr verstreut über das platte Land sein werden, statt wie jetzt in großen Massen in den Großstädten zu hausen. Dann wird nach SOMBART und BLACH die Zeit kommen, in der die Vorteile zahlreicher Mischehen für das Verhältnis zwischen jüdischer und christlicher Bevölkerung unabsehbare sein werden. Voraussetzung für diese Hoffnungen ist das Fernhalten des Zuzuges der östlichen Juden.

Dezember 1912.

1. Die Wirkung der Kastration auf die Libido sexualis, von EMIL OBERHOLZER-Breitenau-Schaffhausen. Auf Grund von drei Fällen, bei denen die ersten beiden sexualpathologische Individuen auf zweifellos schwer psychopathischem Boden waren, und der dritte ein ausgesprochener Geisteskranker, kann der Verfasser irgend welche verallgemeinernde Folgerungen nicht ziehen, doch scheint ihm die Annahme berechtigt, daß die Geschlechtlichkeit sich auch im besten Falle dem Verluste der Keimdrüsen nicht ohne tiefgreifende Folgen entziehen kann, und daß die Einbuße, welche die Libido durch die Kastration erleidet, schließlich eine ganz bedeutende ist.

2. Die sexuelle Moral der primitiven Stämme Indonesiens, von R. BERKUSKY. Zum Referieren nicht geeignet.

3. Über falsche oder mißverständliche Sprachgebräuche in der sexualwissenschaftlichen Terminologie, von H. J. SCHOUTEN. Der Artikel enthält die Erklärung einiger nach Ansicht des Verfassers häufig falsch angewendeten Bezeichnungen, wie: Päderastie, Sodomie-Bisexualität, Onanie.

4. Die Geschichte einer armen Familie, von H. NEUMANN-Berlin. Der Verfasser nennt es eine soziale Studie und gibt uns ein Bild sozialen Elendes, wie es beinahe jeder in einer Großstadt praktizierende Arzt in mehr oder weniger ergreifender Form erlebt hat.

Januar 1913.

1. Gedanken über sexuelle Anpassung, von H. FEHLINGER. Abgesehen von den primären Sexualmerkmalen, die auch bisweilen so wenig differenziert sind, daß die Geschlechtsbestimmung nicht ganz leicht ist, gibt es sogenannte sekundäre, die so schwanken, daß die Frau häufig einen virilen Typ, der Mann einen femininen aufweist. Nach dem Verfasser geht mit der großen, körperlichen Variabilität auch die geistige beider Geschlechter Hand in Hand; diese sekundären Merkmale sind durch Anpassung abänderungsfähig, und es bleiben nur diejenigen erhalten, die für die neuen Bedingungen die passendsten sind. Frauen mit solch abgeänderten Geschlechtsmerkmalen und der konform mit dieser abgeänderten Sexualempfindung werden nun in der Jetztzeit in sonst nur den Männern freistehende Berufe hineingedrängt; bei ihnen wird nicht nur das erotische Empfinden ein anderes, sondern auch der Mutterschaftstrieb reduziert; sie erliegen der Verführung schwerer, und es ist bei Frauen im Männerberuf die Zahl der unehelichen Geburten geringer trotz des näheren Kontaktes, in den sie mit den Männern kommen. FEHLINGER schiebt auch der Anhäufung weiblicher Personen mit nicht vollkommen ausgebildeten sekundären Geschlechtsmerkmalen die Schuld zu an der Zunahme

Digitized by Google

der Zahl künstlicher Geburten (infolge zu engen Beckens) und ebenso die zunehmende Stillunfähigkeit.

2. Die Nötigung zur Unzucht mit Dritten, von Dr. jur. Kurt Peschke. Viel zu juristisch-kriminalistisch gehaltener Beitrag zur Strafrechtreform, um sich zum Referieren zu eignen.

3. Sexuelle Verführung der Kinder durch Dienstboten und ihre Bekämpfung, von Margarete Kossak. Verfasserin betont ausführlich die eminente Gefahr, die für die psychische sexuelle Entwicklung unserer Kinder darin liegt, wenn sie den Dienstboten allein überlassen werden, und empfiehlt folgende Gegenmaßnahmen: a) Kinder nicht mit den Dienstboten allein nachts schlafen lassen, b) hinreichend für Gespielen sorgen, c) den Stolz der Kinder wecken, so daß sie überzeugt sind, daß es erniedrigend ist, mit Dienstboten Geheimnisse zu haben, und d) die Liebe zu den Tieren und die Freude, sie zu pflegen, entwickeln.

4. Wandernde Frauen, von Hans Ostwald. Eine Skizze von der Landstraße, die sich an dieser Stelle zum Referieren nicht eignet. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Zur Frage der Schilddrüsenveränderungen bei hereditärer Syphilis, von Busch. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 1, S. 11.) Die auf Veranlassung von Prof. Weljaminow an 54 Schilddrüsen von hereditär luetischen Neugeborenen und an 46 Kontrollschilddrüsen vorgenommenen Untersuchungen ergaben folgendes: 1. Das mittlere Gewicht der Schilddrüsen bei nicht ausgetragenen Föten im Alter von 5—8 Monaten ist 0,27 g schwerer als dasjenige bei den Kontrollfällen. Das Gewicht der Schilddrüse von ausgetragenen Kindern mit Erscheinungen von hereditärer Lues ist 0,75 g leichter als dasjenige der Kontrollfälle. 2. Das interlobuläre Bindegewebe ist bei nicht ausgetragenen syphilitischen Kindern stärker ausgeprägt als bei den Kontrollfällen. Bei den ausgetragenen Kindern ist das Verhältnis ein umgekehrtes. 3. Dieselben Verhältnisse bestehen auch für das intralobuläre Bindegewebe. 4. Der mittlere Umfang der einzelnen Läppchen ist sowohl bei nicht ausgetragenen als ausgetragenen syphilitischen Kindern ein wenig größer als bei den Kontrollfällen. 5. Dasselbe gilt auch für den Umfang der Follikel. 6. Bei den nicht ausgetragenen wie ausgetragenen syphilitischen Kindern überwiegt die abgerundete Form der Follikel. 7. Bei den nicht ausgetragenen syphilitischen Kindern erscheint die dunkle, feste, gallertartige Substanz (Kolloid) früher und öfter als bei den Kontrollfällen. Hohlräume finden sich in der gallertartigen Substanz sowohl bei den nicht ausgetragenen als den ausgetragenen syphilitischen Kindern weniger als bei den Kontrollfällen. 8. Die Anzahl der Zellen in der gallertartigen Substanz ist bei den nicht ausgetragenen syphilitischen Kindern ein wenig größer als bei den Kontrollfällen; bei den ausgetragenen syphilitischen Kindern ist das Verhältnis umgekehrt. 9. Die Anzahl der Zellen in den Follikeln ist sowohl bei den nicht ausgetragenen als ausgetragenen syphilitischen Kindern geringer als bei den Kontrollfällen. 10. Hinsichtlich der Größe und Form der Kerne des Epithels der Follikel herrschen gegenüber den Kontrollfällen keine Unterschiede. 11. Die Blutüber-

Digitized by Google

füllung ist in den Drüsen der syphilitischen Kinder eine geringere. 12. Die Menge des elastischen Gewebes steht augenscheinlich in direkter Abhängigkeit von der Menge des Bindegewebes in der Drüse, denn sie ist größer bei den nicht ausgetragenen und kleiner bei den ausgetragenen syphilitischen Kindern als bei den entsprechenden Kontrollfällen. 13. Fett findet sich in den Zellen der Follikel in bedeutend größerer Menge in den Schilddrüsen der hereditär luetischen Kinder als bei den Kontrolldrüsen. 14. Die Veränderungen der Schilddrüsen bei Kindern mit hereditärer Lues sind keine spezifischen, sondern eigentlich nur qualitative.

Arth. Jordan-Moskau.

Die hereditäre, familiäre und konjugale spezifische Meningitis, von BABINSKY. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 1.) Eine junge Frau hat seit zehn Jahren lanzinierende Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten und zugleich Verlust der Pupillenreaktion auf Licht bei Erhaltensein des Akkommodationsreflexes. Diese Zeichen weisen auf eine chronische syphilitische Meningitis hin (Tabes fruste). Die Lumbalpunktion bestätigte die Diagnose. Das Interessante an dem Fall ist, daß der Gatte der Frau mehrere Jahre vorher ebenfalls wegen diffuser Meningoencephalitis syphilitica behandelt wurde. Die Autopsie hatte hier die Diagnose bestätigt. Solche Fälle sind gar nicht selten.

In einem weiteren Falle fand sich bei einem kleinen Mädchen vom fünften Lebensjahre an, ein progressiv zunehmender Schwund der Intelligenz mit Hemiparesen und öfters wiederkehrenden Bewußtseinsverlusten. Zugleich zeigte das Kind das ARGYLL-ROBERTSONsche Symptom und eine Lymphozytose des Liquors. Es handelte sich also um eine diffuse, infantile Meningoenkephalitis. Die Mutter des Kindes zeigte ihrerseits eine Herabsetzung des linksseitigen Achillessehnenreflexes, das ARGYLLsche Symptom und einen positiven WASSERMANN, also eine evoluierende Tabes.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Meningitis luetica mit Gefäßerkrankung bei einem zweijährigen heredosyphilitischen Mädchen mit Bericht über einige Fälle aus der Literatur, von ABRAHAM KNEBELMANN. (Diss., München 1912.) Schwielig-sulzige Meningitis an der Basis des Gehirns, Thrombose der rechtsseitigen Arterie pro fossa Sylvii mit frischer Erweichung im rechten Stabkranz. Keine luetischen Organveränderungen.

Fritz Loeb-München.

Meningitis cerebrospinalis und Syphilis hereditaria tarda, von P. COURMONT und J. FROMENT. (Lyon méd., 1912, Nr. 52.) Der 20jährige Kranke leidet seit seinem sechsten Lebensjahre an einer Knieaffektion, die für einen „Tumor albus" gehalten wurde; gleichzeitig besteht eine Spitzenaffektion. Als die Symptome einer Meningitis eintraten, wurde diese natürlich auf Tuberkulose bezogen; erst die genauere Untersuchung ergab eine Meningokokkeninfektion. Die Autopsie zeigte die syphilitische Natur der Lungen- und Knieveränderungen. Ebensolche wurden in der Leber und Milz gefunden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Veränderungen der Arteria iliaca communis bei Syphilitikern, von A. K. STEIN. (Virchows Arch., Bd. 211, H. 1.) Bei einer vergleichenden Untersuchung der pathologischen Veränderungen, die bei Syphilitikern einerseits in der Aorta, andererseits in der unmittelbaren Fortsetzung derselben, nämlich in der A. iliaca communis, beobachtet werden, wurde in der Aorta fast in allen Fällen deutliche, ausgeprägte Mesoaortitis konstatiert; dagegen näherten sich die Veränderungen der Aa. iliacae communes im großen und ganzen den Erscheinungen von vulgärer Arteriosklerose, ohne jegliche Anzeichen von entzündlichem Prozeß. Dieser tritt hier verschieden von demselben Prozeß in der Aorta zutage, eine Eigenartigkeit,

Digitized by Google

die man auf den Unterschied zwischen dem normalen Bau dieser beiden Gefäße zurückführen kann. Die Adventitia der A. iliaca communis erleidet mit dem fortschreitenden Alter gewisse hypertrophische Veränderungen, augenscheinlich kompensatorischer Natur; daß diese in pathologischen Fällen in stärkerem Grade ausgeprägt sind, gelang Verfasser in vorliegender Arbeit festzustellen. Haas-Hamburg.

Raynaudsches Syndrom und Syphilis, von H. Semon-London. (Brit. med. Journ., 8. Febr. 1913.) In der Literatur sind einige wenige Fälle verzeichnet, welche als Raynaudsche Krankheit auf syphilitischer Basis gedeutet werden konnten. Verfasser berichtet über eine 56jährige Frau, welche seit sieben Jahren typische Raynaudsche Erscheinungen dargeboten hat und bei der Untersuchung eine zweifellos positive Wassermann-Reaktion aufwies, wenn auch sonstige Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion fehlten. Unter Behandlung mit Quecksilber und Jodpräparaten sind die anfangs bestehenden intensiven Schmerzen gänzlich geschwunden, aber der gangränöse Prozeß hatte sich noch weiter ausgedehnt. Immerhin macht Verfasser für diesen die Syphilis verantwortlich und glaubt, daß die Behandlung nur nicht energisch gewesen sei. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die pathologische Histologie der syphilitischen Aortitis mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Plasmazellen, von Fukushi (Tokio)-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 211, H. 3.) Hauptsächlicher Sitz der luetischen Aortenerkrankung ist einmal die Aorta ascendens besonders über den Klappen, ein andermal der Arcus aortae und der sich unmittelbar an den Aortenbogen anschließende Teil der Aorta descendens. Makroskopisch erblickt man hier strahlig angeordnete Narbenzüge sowie Intimaverdickungen von weißgrauer, scheckig durchscheinender Farbe. Untersucht man nun diese Stellen mikroskopisch, so findet man, daß der Hauptanteil der Erkrankung der Media und Adventitia angehört. Dabei tritt nun eine Erscheinung zutage, der nach Ansicht des Verfassers eine nicht unerhebliche Bedeutung zukommt, und zwar in differentialdiagnostischem Sinne gegenüber der Sklerathrose: das reichliche Auftreten von Plasmazellen, die auch außerdem noch in der Intima bei der luetischen Aortitis sehr oft vorkommen. Diese Zellen finden sich bei der Atherosklerose fast gar nicht. Weiter wurde ein reichliches Auftreten von Mastzellen in der Aortenwand bei der Aortitis syphilitica beobachtet. Die syphilitische Aortenerkrankung kann bei längerer Dauer sekundäre Sklerathrose erzeugen. Alle von dem Verfasser untersuchten Fälle von Aneurysma der Aorta ergaben die syphilitische Natur der Erkrankung. Die Spirochaeta pallida scheint nur in ganz frisch entstandenen Herden vorzukommen. Fischer-Dresden.

Aortitis syphilitica und Atheromatose, von Blanc Perducet. (Lyon méd., 1913, Nr. 7.) Die genannten Veränderungen bestanden bei einem Manne, der nichts von einer syphilitischen Infektion wußte, aber seit zwölf Jahren hemiplegisch war. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die syphilitische Aortenerkrankung, von Deneke-Hamburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Die gewaltige Übersterblichkeit der Syphilitiker an Erkrankungen des Zirkulationsapparates ist es, auf die der Verfasser uns hinweist. Die Aortenerkrankungen sind als Todesursache häufiger als alle übrigen Spätfolgen der Lues zusammengenommen. Der Beginn dieser Erkrankung fällt ungefähr in das 15. Jahr nach der Infektion. Das Alter der Kranken betrug durchschnittlich 43 Jahre. In 164 Fällen von Aortitis, Aorteninsuffizienz und Aneurysma wurde die Wassermannsche Reaktion angestellt, davon waren 142 positiv, in 6 Fällen war das Resultat zweifelhaft, 16 Fälle boten eine negative Wassermannsche Reaktion, unter diesen 16 waren 13 sicher luetisch mal infiziert, aber

Digitized by Google

gründlichst behandelt worden. Beruf, Alkohol und Nikotin sollen bei dieser Erkrankung als Hilfsursachen nicht in Betracht kommen. Sodann, nach Beschreibung der pathologischen Anatomie der syphilitischen Aortenerkrankung, geht der Verfasser dazu über, das klinische Symptomenbild der Aortitis zu besprechen. Die ausgeprägteren Fälle teilt er in drei Gruppen ein: 1. das Bild einer Angina pectoris, 2. das bekannte Bild der Aorteninsuffizienz, 3. das Bild der Aneurysmen mit und ohne Klappenfehler. Als Komplikationen der Aortitis kommen als die häufigsten diejenigen des Nervensystems in Betracht (Tabes, Paralyse). Nächst den Nervenerkrankungen kommen anderweitige Spätfolgen der Lues als Begleiterscheinungen der Aortitis vor: Haut- und Knochengummen, Leber- und Nierenerkrankungen. Die Prognose der Aortiker ist im allgemeinen ungünstig. Was die Behandlung anbetrifft, so muß dieselbe eine energische und nachhaltige antisyphilitische sein, zuweilen muß jedoch wegen der bei Blutgefäßerkrankungen meist dabei bestehenden Stauungen dieselbe eine mehr individualisierende sein. Im letzteren Falle kommen dabei dann nur innerliche Mittel in Betracht, wie die alte RICORDsche Lösung und die ZITTMANN-Kur. Salvarsan kann bei schwerkranken Aortikern nicht gegeben werden, und auch bei den gut kompensierten Fällen ist damit Vorsicht am Platze, höchstens kleine Dosen: 0,2—0,4. In all diesen Fällen war nun die Wirkung der Behandlung auf die WASSERMANNsche Reaktion eine äußerst geringe. Am Schlusse seiner Arbeit richtet der Verfasser noch einmal die Forderung an die Ärzte, bei jedem mit Aorteninsuffizienz behafteten Patienten, bei jedem an Angina pectoris leidenden Patienten unter 50 Jahren so schnell als möglich die Natur dieser Erkrankung durch Anstellung der WASSERMANNschen Reaktion zu klären.

Fischer-Dresden.

Die syphilitische Aortenerkrankung, von OBERNDORFER-München. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Während das sogenannte Bierherz im Laufe der letzten Jahre in München immer seltener geworden ist, hat die Zahl der luetischen Erkrankungen des Herzens, speziell der Aorta, erheblich zugenommen. Unter 1436 Sektionen, welche Verfasser in den letzten 2½ Jahren ausgeführt hat, waren 99 Fälle, bei denen sich eine syphilitische Aortitis vorfand, was einem Prozentsatz von 0,894 entspricht, so daß diese Affektion nach der Tuberkulose und den malignen Tumoren entschieden zu den häufigeren Leiden gehört. Dies ist um so bedenklicher, als die Mehrzahl der Patienten (bei der vorliegenden Serie: 64 von 99) gerade in dem wichtigsten Lebensabschnitt zwischen 40 und 60 Jahren sich befindet. Was das Geschlecht betrifft, so waren Männer (57) und Weiber (42) in annähernd gleichem Maße beteiligt. Daß die Affektion namentlich in den Anfangsstadien entschieden der Behandlung zugängig ist, hat Verfasser durch verschiedene Sektionsergebnisse, welche abgelaufene, geheilte Vorgänge von zweifellos syphilitischer Art aufwiesen, bestätigt gefunden. Die Arbeit ist durch eine anschauliche Darlegung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse und einige interessante Krankengeschichten vervollständigt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diagnose der Aortenaneurysmen, von MAURICE LETULLE. (Presse méd., 1913, Nr. 22.) Der Verfasser weist darauf hin, daß die Röntgendurchleuchtung bei der Diagnose der Aortenaneurysmen mit Vorsicht verwertet werden muß. Er teilt einen Fall mit, in welchem bei der Durchleuchtung ein Tumor festgestellt wurde, der unabhängig von der Aorta zu sein und keine Kontraktionen aufzuweisen schien. Da infolgedessen die Diagnose auf Mediastinaltumor gestellt wurde, glaubte man eine Operation berechtigt. Dabei stellte es sich aber heraus, daß es sich doch um ein Aneurysma handelte. Bei der Sektion erwies sich der Sack als mit alten

Digitized by Google

Blutgerinnseln ausgefüllt. Seine hintere Wand war vollständig geschwunden, da das Blut die Wirbelkörper arrodiert hatte. Hierdurch ist die Abwesenheit der Kontraktionen erklärlich. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der Aneurysmen der Bauchaorta, von K. Byloff-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 15.) Mitteilung eines Falles, der einen 57jährigen höheren Offizier betraf und der ätiologisch auf eine alte Syphilis zurückzuführen war. Interessant war der Fall, weil Störungen in der Funktion des Pankreas diagnostische Schlüsse erlaubten. W. Lehmann-Stettin.

Über die spezifische Behandlung der spezifischen Aortitis und des Aortenaneurysmas, von H. Vaquez und Ch. Laubry. (Arch. malad. cœur, vaisseaux et sang, Sept. 1912, S. 561.) Aus den sorgfältig beobachteten Krankheitsbildern, die durch Orthodiagraphie und Wassermannsche Reaktion kontrolliert wurden, schließen die Verfasser, daß intravenöse Salvarsaninjektionen gefahrlos angewendet werden können, vorausgesetzt, daß sie in kleinen Dosen (0,2—0,25) gegeben werden und die Kranken frei von asystolischen Symptomen sind. Manchmal zeigen die Kranken eine spezielle Idiosynkrasie, die sich durch Lungenödem bemerkbar macht. Die Resultate sind nicht konstant, denn selbst die schönsten Besserungen gehen nach einigen Monaten wieder zurück. Das Salvarsan ebenso wie das Quecksilber ist nur rezenten Läsionen gegenüber wirksam, alten Läsionen gegenüber ist es unwirksam. Die Verfasser empfehlen, mit täglichen Zyanquecksilberinjektionen (0,01) zu beginnen. Wird dieses nicht vertragen, so gibt man Hydrargyrum bijodatum 0,02 jeden zweiten Tag oder täglich. Zu gleicher Zeit inszeniert man eine intensive Jodkur. Sind die Resultate nicht befriedigend, so geht man zu einer Serie Salvarsaninjektionen über. A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der Aortenaneurysmen, von Ch. Fiessinger. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 16.) Es gibt folgende drei Behandlungsarten des Aortenaneurysmas: 1. Die Bettruhe, welche in vielen Fällen ganz gute Resultate gibt, aber gewöhnlich an der Ungeduld der Patienten scheitert. 2. Die diätetische Behandlung. Sie besteht in einer Herabsetzung der flüssigen und festen Nahrung. Erstere darf 1,5—1,8 Liter pro die nicht übersteigen. Letztere wird in kleinen Portionen zweistündlich verabreicht. Auch mit dieser Behandlung, wenn sie lange genug durchgeführt wird, können gute Erfolge erzielt werden. 3. Da bei jedem Aortenaneurysma der Verdacht auf Syphilis vorhanden ist, so behandelt der Verfasser prinzipiell jeden Fall auch bei negativem Wassermann spezifisch. Allerdings zieht er die Quecksilberpräparate den Arsenverbindungen vor. Denn er erlebte einen Todesfall bei einem 29jährigen Patienten mit Aneurysma nach der zehnten Hektininjektion von 0,1 g, und auch bei Salvarsan wurde ein Todesfall und zwei Fälle von schwerem Lungenödem beobachtet. Hingegen wird das Quecksilber von diesen Kranken sehr gut vertragen. Jodkali muß in großen Dosen, bis zu 8 g pro die, gegeben werden. Von Gelatineinjektionen sah der Verfasser nie einen Erfolg. Besondere Aufmerksamkeit ist bei Schwäche des Herzmuskels geboten. In einem solchen Fall muß man absolute Bettruhe und Digitalin verordnen, ferner muß man mit dem Quecksilber vorsichtig sein, mit nur kleinen Dosen beginnen und sofort aufhören, wenn die Urinquantität abnimmt. Quecksilber ist absolut kontraindiziert bei Galopprhythmus und bei Blutdrucksteigerung.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Jod- und Luesparotitis, von Gundorow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 38.) Unter den unterscheidenden Merkmalen der Jodparotitis von der Luesparotitis nennt Gundorow folgende: Die Jodparotitis ist eine primäre Er-

Digitized by Google

krankung von toxischem Charakter, die akut auftritt, wobei die Drüse sich nicht hart anfühlt, schmerzhaft ist, nicht vereitert, oft beiderseitig ist und schnell vergeht. Die Luesparotitis dagegen ist eine sekundäre, langsam auftretende Erkrankung. Die Drüse fühlt sich derb an, ist nicht schmerzhaft, kann zur Vereiterung führen, ist in der Regel einseitig und schwindet nur unter Anwendung einer spezifischen Behandlung. Arth. Jordan-Moskau.

Zur Kasuistik der syphilitischen Polyarthritis, von KEDROW. (Wratschebnaja Gas., 1913, Nr. 7.) Bei einem 29jährigen Mann, der sich Ende Januar 1911 syphilitisch infiziert und zwei Salvarsaninjektionen erhalten hatte, entwickelte sich im November 1911 eine allgemeine Arthritis, welche die Gelenke beider Ellenbogen, des rechten Handgelenkes, beider Zeigerfingergelenke, beider Knie- und Fußgelenke betraf. Das gleichzeitige Vorkommen von Periostitis und von einem Ulkus der linken Mandel klärten die Diagnose auf und unter einer spezifischen Hg-KJ-Behandlung schwanden die Erscheinungen. Arth. Jordan-Moskau.

Pseudorheumatische Affektion der Gelenke auf syphilitischer Basis, von KLEMPTNER. (Wratschebnaja Gas., 1913, Nr. 7.) Ein 47jähriger Bauer, welcher Syphilis verneinte, litt zwei Jahre lang an Arthritis der Füße und Hände, welche den Eindruck einer rheumatischen Affektion erweckte, aber der üblichen Behandlung nicht weichen wollte. Da stellten sich andere tertiärsyphilitische Erscheinungen ein, Periostitis und Rhinitis luetica. Unter der nun eingeleiteten spezifischen Behandlung schwanden bald alle Erscheinungen. Arth. Jordan-Moskau.

Ösophagusstenose durch syphilitische Narben verursacht, von LUDWIK JUSTMAN. (Medycyna, 1912, Nr. 48.) Der beobachtete Fall verdient insofern Erwähnung, als er sich in mancher Beziehung von ähnlichen bisher beschriebenen unterscheidet. Die Lues bestand in diesem Falle seit 25 Jahren, es waren zwei Narben im Ösophagus, und zwar eine in der Höhe des achten Brustwirbels, die zweite 40 cm von den Schneidezähnen entfernt, und schließlich bestand hier das Leiden seit vier Jahren, und weil es sich eben um narbige Prozesse handelte, konnte durch spezifische Therapie (Jodkali und Salvarsan per rectum) keine Besserung erzielt werden. H. ROSMARIN-Lemberg.

Die ätiologische Rolle der Syphilis in manchen Fällen von Ulcus callosum penetrans und bei einigen Tumoren, von TH. HAUSMANN-Rostock. (Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. 101, H. 1.) Viele operierte Magentumoren sind erst durch die histologische Untersuchung als syphilitisch erkannt worden. Die syphilitischen Magenaffektionen führen zu Anazidität. Ein Fall von Ulcus penetrans ist von CHIARI als sicher syphilitisch aufgefaßt worden, ein anderer Fall von KUZMIK mit großer Wahrscheinlichkeit als syphilitisch aufgefaßt worden. Auch der Verfasser beschreibt einen Fall, der auf syphilitischer Basis beruht. Alle benignen Tumoren und kallöspenetrierende Ulzera sollen daraufhin untersucht werden. Wenn der Verdacht auf Syphilis ausgesprochen ist, müssen die Veränderungen der Gefäße mittels Elastikafärbung studiert werden und die Färbung mit polychromem Methylenblau und mit Pyronin-Methylgrün gemacht werden. Manche als Sarkome gedeuteten Tumoren, besonders aber Retroperitonealtumoren, sind gummöser Natur.
Chrzelitzer-Posen.

Die syphilitischen Tumoren der Oberbauchgegend, insbesondere des Magens und ihre Diagnostizierbarkeit, mit besonderer Berücksichtigung der mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation erzielten Resultate, von TH. HAUSMANN. (Diss., Rostock 1911.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Wahrscheinlich spezifischer Zungentumor, von F. J. COLLET und H. ALLOIN. (Lyon méd., 1913, Nr. 12.) Bei dem 10jährigen Knaben begann vor einem halben Jahre sich die Zunge stark zu vergrößern. Auf ihrer Oberfläche sah man stecknadelkopfgroße Knötchen, die einer derben Basis aufsaßen. In der Zungensubstanz fühlte man mehrere derbe Plaques. Der Knabe stammt von einem syphilitischen Vater und zeigt selbst Stigmen der Erbsyphilis. Deshalb halten die Verfasser die Zungenaffektion für syphilitisch, obwohl sie keiner der gewöhnlichen Formen gleicht. Spezifische Therapie scheint günstig zu wirken.

Richard Frühwald-Leipzig.

Familiäre syphilitische Albuminurie, von CASTAIGNE. (Bull. méd., 1913, Nr. 24.) Verfasser berichtet über vier Familien, bei denen er zufällig Albuminurie gefunden hat. Die weitere Untersuchung ergab, daß es syphilitische Familien waren; die deshalb eingeleitete, spezifische Behandlung brachte die Albuminurie zum Verschwinden. C. glaubt, daß diese syphilitischen Albuminurien viel häufiger sind als man glaubt, nur muß systematisch nach ihnen gesucht werden. Sie sind im allgemeinen gutartiger Natur und weichen der spezifischen Behandlung. Nur wenn noch ein anderes nierenschädigendes Moment (Blei, Scharlach) hinzukommt, können sie bösartig werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Über akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode (Nephritis syphilitica acuta praecox), von E. HOFFMANN-Bonn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 8.) Zu den Erkrankungen innerer Organe in der Frühperiode der Syphilis gehören auch in seltenen Fällen Erscheinungen von seiten der Nieren. Dieselben kennzeichnen sich durch enormen Eiweißgehalt im Urin (3—8—13%) sowie starke Ödeme und Hydrops aus. Der Beginn, der bald schleichend, bald stürmisch ist, fällt am häufigsten in die Eruptionsperiode, mitunter schon vor Auftreten der Roseola. Gleichzeitig findet man im Sediment des Katheterharnes zahlreiche Spirochäten. Sehr wahrscheinlich soll es sich dabei um eine Alteration der Nierengefäße, vor allem der Glomerulusschlingen, handeln. Diese syphilitische Nierenerkrankung, die auch in einer schon vorher erkrankten Niere Platz greifen kann, wird am besten, und zwar mit gutem Erfolge, durch eine vorsichtige, kombinierte Quecksilber-Salvarsankur, wobei die Schmierkur wegen ihrer geringen Gefahr für die Nieren den Vorzug haben soll, behandelt. Fischer-Dresden.

Über akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode, von BAUER und HIRSCH. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Zur vorhergehenden Arbeit HOFFMANNS bedauern die Verfasser, daß HOFFMANN mit dem spirochätenhaltigen Urin nicht die WASSERMANN-Reaktion angestellt hat, da die Verfasser gefunden haben (s. Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 1), daß dieselbe im neutralisierten Urin dann stark positiv ausfällt, wenn die Seroreaktion positiv ist und der Urin 6—8‰ Albumin enthält. Die Reaktion ist an die Globulinreaktion des Harnes gebunden und mit den ausgefällten Globulinen leicht zu erzielen. Werther-Dresden.

Über die angeborene Syphilis platter Knochen und ihre röntgenologische Erkennung, von EUG. FRAENKEL-Hamburg-Eppendorf. (Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 19, H. 6.) Die Untersuchungen des Verfassers haben ergeben, daß auch am Darmbein, an den Schulterblättern und an den Rippen osteochondritische Veränderungen sich finden, die röntgenologisch nachweisbar sind. Die anatomische Untersuchung einer Reihe von Präparaten hat ergeben, daß diese Osteochondritis stets von einer Periostitis ossificans begleitet ist, die sich auf der Innen- wie Außenfläche dieser flachen Knochen findet, aber auf der Röntgenplatte nicht nachgewiesen werden konnte. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Syphilitische Ostitis der Tibia, von PIERRE DELBET. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 5.) Kasuistische Mitteilung. A. Gunsett-Straßburg.

Die WASSERMANNsche Reaktion bei der PAGETschen Knochenerkrankung, von SOUQUES, BARRÉ und PASTEUR-Vallery. (Bull. méd., 1913 ,Nr. 9.) Verfasser haben 5 Fälle beobachtet, von denen 3 positive WASSERMANNsche Reaktion zeigten. In der Literatur sind insgesamt 14 Fälle bekannt, bei denen die WASSERMANNsche Blutprobe angestellt wurde. Fünfmal war sie positiv. Richard Frühwald-Leipzig.

PAGETsche Knochenerkrankung mit Neosalvarsan behandelt, von DUFOUR und BERTIN-Mourot. (Bull. méd., 1913, Nr. 7.) Das Leiden besteht bei der 80-jährigen Frau seit 12 Jahren und bedingt heftige Schmerzen in den Oberextremitäten. Da die WASSERMANNsche Reaktion positiv war, wurde 0,2, 0,4 und 0,45 Neosalvarsan intravenös injiziert. Die Schmerzen verschwanden, und der Krankheitsprozeß wurde bedeutend gebessert. Die Verfasser glauben daher, daß die Krankheit syphilitischer Natur war. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis des Sternums, von MAXIMILIAN SCHULMANN-New York. (Journ. amer. med. assoc., 15. Febr. 1913.) Kasuistische Mitteilung über zwei Fälle von Gumma der Innenseite des Sternums, von denen das eine „Magenbeschwerden", das andere „Herzschmerzen" hervorgerufen hatte. Prompter Erfolg auf spezifische Behandlung. Fendt-Wiesbaden.

Die syphilitische Mediastinitis, von N. FIESSINGER. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 3.) Der Verfasser unterscheidet eine primäre Mediastinitis und eine solche im Anschluß an ein Aortenaneurysma. In den meisten Fällen sitzt sie im oberen Mediastinum und macht folgende verschiedenartige Symptome: 1. Symptome der Obliteration der V. cava superior. Es sind dies Ödem des Gesichts, des Halses und der oberen Extremitäten, Zyanose der ganzen oberen Körperregionen und Kollaretalkreislauf, der besonders an der Basis des Halses und den Thoraxwänden ausgeprägt ist. Außerdem klagen die Patienten über Kopfschmerzen und Schwindel sowie Dyspnoë. Oft gewöhnt sich der Körper an den Zustand, das Ödem verschwindet, und es bleibt nur der stark ausgeprägte Kollateralkreislauf. 2. Die Symptome von seiten der Respiration dokumentieren sich in Dyspnoë mit Vermehrung der Atemzüge, sternaler Einziehung bei der Atmung, Aufhören der Atmung in einem Lungenlappen und Aphonie durch Rekurrenskompression. Sitzt die Entzündung weiter unten, so haben wir Symptome, die durch Kompression der V. cava inferior entstehen. Doch ist diese Form viel häufiger tuberkulösen Ursprungs.

Es ist wichtig, die syphilitische Natur dieser Erkrankung festzustellen, da eine spezifische Behandlung die Symptome vollständig zum Schwinden bringen kann. Oft ist die Mediastinitis von einem Aortenaneurysma begleitet, und es ist dann sehr schwer festzustellen, welche Symptome der einen und welche der anderen Erkrankung zuzuschreiben sind. A. Gunsett-Straßburg.

Zwergwuchs und Riesenwuchs bei Kindern eines Syphilitikers, von KÖHLER-Wiesbaden. (Ztschr. f. Röntgenkunde, 1912, Nr. 12.) Verfasser berichtet über zwei Schwestern, von denen die ältere allgemeinen Zwergwuchs und die jüngere partiellen Riesenwuchs am rechten Fuß aufwies. Der Vater hatte 1882 Lues akquiriert und litt jetzt an Aortenaneurysma. Vor den beiden Kindern hatte seine Frau fünf Fehlgeburten, die drei folgenden jüngsten Kinder sollen gesund und normal sein. Verfasser hat sich in der Literatur umgesehen und hat keinen analogen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Zwergwuchs und Riesenwuchs bei Geschwistern bei Syphilis der Eltern gefunden. O. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Die sekundärsyphilitische Tracheobronchitis und ihre Differentialdiagnose mit der Tuberkulose, von EMILE SERGENT. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 16.) Es existieren zwei Abarten dieser Erkrankung, eine tracheale und eine bronchiale. Erstere ist gewöhnlich mit einer Laryngitis vergesellschaftet, macht Heiserkeit und einen oft pertussisartigen Husten, der mit abundanter Expektoration verbunden ist. Die Symptome verschwinden bald nach Einleitung einer spezifischen Behandlung. Die zweite Form, von welcher der Verfasser eine eigene Beobachtung mitteilt, ist durch bronchitische Symptome, welche der Roseola vorausgehen können, ausgezeichnet. Sie kommt besonders vor bei Syphilisformen, welche sehr intensive Haut- und Schleimhautsymptome machen. Ihre Behandlung muß sehr bald erfolgen, da sie leicht der Tuberkulose die Wege ebnet. Auch diese Form ist einer spezifischen Behandlung leicht zugänglich. Eine tardive Form erscheint ferner mehrere Monate nach Beginn der Syphilis. Sie ist der sekundären Glossitis gleichzusetzen und durch fissurierte Plaques auf der Schleimhaut ausgezeichnet. Sie ist genau wie die Glossitis sehr hartnäckig und rezidiviert leicht. Ihre Unterscheidung von der Tuberkulose ist oft recht schwierig, jedenfalls reagiert sie aber auf die spezifische Kur. A. Gunsett-Straßburg.

Broncho-pulmonäre Syphilis mit Mediastinalkarzinom verwechselt, von R. BENSAUDE und E. EMERY. (Bull. méd., 1913, Nr. 5.) Ein Mann wurde vor zwei Jahren von den Symptomen der Kompression des Mediastinums befallen: Dyspnoë, Auswurf, Fieber, Abmagerung usw. Es wurde die Diagnose Lungenkrebs gestellt, zumal eine Quecksilberkur erfolglos blieb. Als der Patient zu den Verfassern in Behandlung kam, hatte er auch nasopharyngeale Beschwerden, und es fand sich ein Gumma. Unter Hektin, namentlich aber unter Salvarsan, erfolgte eine rapide Besserung. Auch die radiographisch nachweisbaren Schatten der Lungen verschwanden völlig. Richard Frühwald-Leipzig.

Tertiäre Syphilis der Leber, von T. Mc CRAI-Philadelphia. (Amer. Journ. med. scien., Nov. 1912.) Unter 27 500 im Krankenhaus behandelten Patienten ergaben 56 die Diagnose Lebersyphilis. Verfasser berichtet ziemlich ausführlich über die dabei gemachten Beobachtungen auf klinischem Gebiete und bemerkt dazu, daß ihm wahrscheinlich mehrere Fälle dieser Art noch unerkannt entgangen sind, denn unter 3300 Autopsien lieferten 46 deutliche Läsionen von Lebersyphilis. Das klinische Bild ist ein sehr variables. Die oft sehr erhebliche Gewichtsabnahme war in der Regel das auffälligste Symptom. Fieber war eine häufige Erscheinung neben den auch sonst bei Leberleiden anzutreffenden Störungen. Perioden der vorübergehenden Besserung des Gesamtbefindens wurden wiederholt beobachtet. Ferner fiel es Verfasser auf, daß der linke Lappen entschieden die Prädilektionsstelle für die Lokalisation der luetischen Hepatitis abgab; von 49 Fällen, welche klinisch erkennbare Leberschwellungen aufwiesen, zeigten 23 dieses Verhalten in ganz ausgesprochenem Grade. Häufig wird die Serodiagnose zur Beurteilung eines fraglichen Befundes unschätzbare Dienste leisten, wofür Verfasser eigene Beobachtungen anführt. Die Therapie vermag bei rechtzeitig erkannten Fällen recht segensreich zu wirken. Philippi-Bad Salzschlirf.

Spätdiagnose der gummösen Leberlues, von ARTHUR KLEIN. (Diss., München 1912.) Fritz Loeb-München.

Tödliche Hämatemese bei einem Fall von Lebersyphilis, von D. E. CORE-Manchester. (Lancet, 8. März 1913.) Ein 29jähriger Arbeiter erkrankte bei der Arbeit mit heftigem Blutbrechen, das sich noch zweimal während der ärztlichen Beobachtung wiederholte und trotz geeigneter Behandlung alsbald tödlich endete. Die

Digitized by Google

Anamnese war im wesentlichen negativ. Bei der Autopsie fand man ein Gumma und sonstige luetische Veränderungen an der Leber, im übrigen wenig belangreiche Veränderungen. Der eigentliche Ort der Blutung konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Verfasser meint, daß manche Fälle von angeblich alkoholischer Leberzirrhose, welche unter JK sich bessern, tatsächlich Fälle von Syphilis der Leber sind. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Histologie und Genese der miliaren Lebergummen, von F. v. WERDT. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 12, H. 2.) Die von VIRCHOW zuerst beschriebenen miliaren Gummiknötchen der Leber sind verschieden aufgefaßt worden, teils als echte Gummen, teils als restierende Blutbildungsherde. Zur Klärung dieser Frage bringt der Verfasser ein umfangreiches, dem Innsbrucker pathologischen Institut entstammendes Material. Er findet, daß in der Leber normaler Föten bis zum neunten Monate oder bis zur Geburt Blutbildungsherde vorhanden sind, deren Reste auch noch in den ersten Lebensmonaten nachweisbar sind. Bei luetischen Föten und Kindern sind diese Herde auch noch nach der Geburt gut ausgebildet. Sie sind aber streng von den miliaren Gummen zu trennen. Bei diesen handelt es sich teils um echte knötchenförmige Granulome, teils um miliare Nekrosen in einem diffusen Granulationsgewebe. Die miliaren Gummen sind durch Toxinwirkung untergegangener Spirochäten bedingt. Richard Frühwald-Leipzig.

Lebersklerose und -gumma und Aneurysma des Aortenbogens, von F. FELIZIANI-Rom. (Riv. ospedaliera, 1913, Nr. 6.) Bei einem ungenügend behandelten Luetiker traten nach fast 20jährigem völligem Wohlsein und Fehlen von Erscheinungen plötzlich schwere Symptome von seiten des Atmungs- und Zirkulationsapparates und schwere Lebererscheinungen auf; eine intensive antiluetische Behandlung blieb erfolglos; nach einjähriger Krankheit Exitus.

Nekroskopischer Befund: Rechts totale Pleuritis mit Verwachsung der beiden Pleurablätter der oberen Thoraxhälfte und pleurogene Sklerose der Lungenspitze und des oberen Lungenlappens. Links Pleura normal, Lunge komprimiert durch ein orangengroßes Aneurysma des Aortenbogens und der Aorta descendens; Kompression des linken Bronchus, der Trachea, der mediastinalen Pleura und des Nervus recurrens. Auf der mit großen geschichteten Gerinnseln bedeckten Innenfläche des Aneurysmas und in der benachbarten Gegend der Aorta beobachtet man die typischen anatomischen Alterationen der Arteriitis luetica, Milzhyperplasie und chronische Perisplenitis. Leber verkleinert, großhöckerig; adhäsive Entzündung der GLISSONschen Kapsel. In dem rechten Leberlappen ein fötuskopfgroßes Gumma. Hoden atrophisch. K. Rühl-Turin.

Zur Chemotherapie der Lues oculi, von PAUL v. SZILG-Pest. (Med. Klinik, 1912, Nr. 46.) Der Verfasser ist ein begeisterter Anhänger der Salvarsantherapie bei Augenlues und bewertet dieselbe weit höher als die bisherige Hg-Jod-Therapie. Das Salvarsan wirkt viel schneller, sterilisiert den Organismus infolgedessen viel schneller und vermindert dadurch vielleicht die Gefahr destruktiver Veränderungen im Nervensystem mehr als das Quecksilber, bei dessen Anwendung in den nach SZILGS Auffassung nötigen hohen Dosen sehr häufig Intoxikation und damit Unterbrechung der Kur eintritt. Diese Intensivbehandlung ist nach Ansicht des Verfassers nur durch die exakte Methode von Salvarsaninfusion zu erreichen; er verabfolgt als Einzeldosis 0,6 g Salvarsan in 250,0 g schwach alkalischer Lösung mit sorgfältiger Vermeidung des Wasserfehlers. Ohne auf einzelne detaillierte Krankengeschichten einzugehen, nennt der Verfasser seine glänzenden Erfolge mit Salvarsantherapie bei 15 Fällen von Keratitis, 5 Fällen von Atrophia nervi optici,

Digitized by Google

4 Iritiden und 1 fast über Nacht verschwindenden Falle einer frischen Augenmuskellähmung.

Am evidentesten sind für den Verfasser die Erfolge in den 15 Fällen von Keratitis profunda (einige Fälle doppelseitig), deren Heilung mit rapider Aufhellung der Trübung vor sich ging; wenn auch bisweilen Rezidive vorkamen, so waren die Endeffekte in allen Fällen ausgezeichnete, und die Heilung erfolgte bis zur nur mit der Lupe kaum erkennbaren Trübungen bei subjektiv totalem Heilungsresultat. Gelegentlich sah SZILG in den ersten Tagen eine scheinbare Verschlimmerung, die er sich als eine Art HERXHEIMERsche Reaktion deutet. Neben der klinischen Kontrolle durch Spiegel und Lupe ging die Beobachtung der WASSERMANNschen Reaktion einher, deren Ausfall der Verfasser jedoch mit leise angedeuteter Skepsis gegenübersteht. Die GENNERICHsche Forderung nach sehr häufigen, fast täglichen Blutentnahmen scheitert, trotz ihrer theoretischen Berechtigung, bald an dem Widerstande der Patienten. Lasch-Breslau.

Über die Anwesenheit von Spirochaete pallida im Sekret der Augenbindehaut, von G. FIORITO-Portovenere. Gazz. internaz. di Med. Chir., eu., 1913, Nr. 15.) Bei 38 Patienten mit Primär- oder Sekundärlues fand Verfasser zweimal Spirochäten, kann jedoch nicht bestimmt angeben, ob es sich um Spirochaeta pallida handelte. Er fixierte mit Äthyl- und Methylalkohol und färbte nach GIEMSA oder nach DEGIASCA. K. Rühl-Turin.

Keratitis parenchymatosa heredo luetica nach linearer Kataraktextraktion, von F. LACOMPTE. (Ann. d'oculistique, Sept. 1912.) Ein 15jähriges Mädchen mit hereditärer Syphilis und positivem WASSERMANN war vor sieben Jahren am linken Auge wegen Katarakt operiert worden. Dieselbe wurde damals durch wiederholte Diszissionen entfernt, und die Operation heilte glatt. Als das rechte Auge ebenfalls von Katarakt befallen wurde, nahm man die lineäre Exzision derselben vor. Am dritten Tage nach der Operation bildete sich eine Kornealtrübung, die von der Operationswunde ausging, und in kurzer Zeit war eine vollständige typische Keratitis parenchymatosa entstanden. A. Gunsett-Straßburg.

Über lokale Behandlung der Keratitis parenchymatosa mit Neosalvarsan, von E. BACHSTEZ-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Angeregt durch eine experimentelle Arbeit von CASTELLI wurden in der Augenklinik von Prof. DIMMER zehn Fälle von Keratitis parenchymatosa, die sämtlich positiven WASSERMANN zeigten, einer lokalen Behandlung mit Neosalvarsan unterzogen; teilweise in Form der Einträuflung einiger Tropfen einer 0,2%igen Lösung in Aqua destillata, teilweise durch Einlegen einiger Körnchen in Substanz in den Konjunktivalsack. Es hat sich in keinem Fall ein günstiger Erfolg konstatieren lassen. Bei einem Versuche mit einer subkonjunktivalen Injektion einer halben Spritze einer 2%igen frischen Lösung war so starke Reizung die Folge, daß von weiteren Versuchen abgesehen worden ist. W. Lehmann-Stettin.

Die Ätiologie der Iritis, von GEORGE W. VANDEGRIFT-New York. (Med. Record, 22. Februar 1913.) Syphilis ist in den meisten Fällen die Ursache einer Iritis; bei hereditärer Syphilis können sich Gummen der Iris finden, sehr häufig aber bietet sich nur das gewöhnliche Bild ohne pathognomonische Zeichen der Lues. Bei erworbener Syphilis kann sich ebenso nur eine einfache Entzündung finden oder häufiger typische papilläre und gummatöse Veränderungen.

Nicht selten ist Iritis blennorrhoischen Ursprungs; hier ist darauf zu achten, daß fast regelmäßig eine Beteiligung der Gelenke der Iritis vorangeht oder dieselbe begleitet. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Rezidivierende Iritis nach Salvarsan, von VAN LIND-Brüssel. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 3.) Zwei Patienten, die wegen syphilitischer Iritis mit Salvarsan injiziert wurden. Bei beiden erschien am selben Auge eine neue Iritis, die der Verfasser für eine verspätete HERXHEIMERsche Reaktion hält. Richard Frühwald-Leipzig.

Pupillendifferenz und WASSERMANNsche Reaktion, von MERKLEN und LEGRAS. (Bull. méd., 1913, Nr. 20.) Verfasser haben bei 25 Patienten mit Anisokorie 19mal die WASSERMANNsche Reaktion positiv gefunden. Von diesen hatten zehn eine klinisch sichere Nervensyphilis. Die Pupillendifferenz scheint also ein ernst zu nehmendes Anzeichen bei Syphilis zu sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Verschwinden reflektorischer Pupillenstarre nach Anwendung von Quecksilber und Salvarsan, von J. J. ZAUN-St. Paul, Minn. (Journ. amer. med. assoc., 1. März 1913.) Bei einem Tabiker kehrte nach einer Quecksilbereinreibungskur und nach zwei intramuskulären Salvarsaninjektionen die normale Pupillenreaktion zurück, während andere Tabessymptome nur gebessert wurden. Fendt-Wiesbaden.

Zwei Fälle von Stauungspapille mit Zurückgehen der Totalamaurose. (Diss., Erlangen 1912.) Beiderseitige Papillitis mit geringer Schwellung. Auf antiluetische Behandlung ging sie zurück. Allmählich kehrte in der Zeit von drei Wochen das Sehvermögen wieder, so daß die 66jährige Patientin mit fast vollkommen normaler Sehschärfe entlassen werden konnte. 2. Linksseitige Totalamaurose mit Papillitis und Stauungserscheinungen, die auf eine antiluetische Behandlung innerhalb drei Wochen vollständig zurückgingen. Die 34jährige Patientin konnte mit $^1/_3$ normaler Sehschärfe entlassen werden. In beiden Fällen von Totalamaurosa hat sich die Sehfähigkeit wiedereingestellt, sicher nur deshalb, weil sich die Leitungsunterbrechung so rasch behoben hat, daß keine sekundäre Degeneration des Sehnerven eintreten konnte. Fritz Loeb-München.

Die syphilitische Mittelohrentzündung, von CARL LÜDERS-Wiesbaden. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Verfasser gibt die Krankengeschichten von fünf in der Paukenhöhle entstandenen luetischen Erkrankungen, die er für Gummata des Mittelohrs, vielleicht auch des Periosts der Gehörknöchelchen, hält. In allen Fällen der luetischen Mittelohrentzündung ist das innere Ohr beteiligt. Die Beschwerden bestehen in Schwere des Kopfes bei langsam eintretender Schwerhörigkeit oder Taubheit der kranken Seite. Im Ohrenspiegel ist die Otitis media syphilitica nicht von der gewöhnlichen Otitis media zu unterscheiden. Bei der Parazentese findet man auffallenden Widerstand. Unter spezifischer Therapie erfolgt Ausheilung, teilweise mit Verlust des Hörvermögens. Viktor Caesar-Dresden.

Sporadische kongenitale Taubheit und syphilitische Taubheit, von JOHN KERR LOVE. (Glasgow Journ., 1913, Nr. 2 und 3.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis der inneren Genitalien des Weibes, Sammelreferat von P. MEYER-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Referent hebt hervor, daß trotz der Fortschritte in der Diagnostik der Lues (Spirochätennachweis, WASSERMANNsche Reaktion) keine Fortschritte auf dem Gebiete der Lues der inneren Genitalien des Weibes zu verzeichnen sind.

Aus der Literatur sind bekannt:

1. Syphilitische Veränderungen am Uterus: Primäraffekt an der Portio (NEUMANN-Wien findet bei 757 Frauen 115mal den Primäraffekt an der Portio, die Leistendrüsen sind hier nicht geschwollen, da die regionären Lymphknoten an der

Digitized by Google

Arteria iliaca liegen), Hämatometra, Endometritis, Blutungen aus dem Uterus (nicht seltene Erscheinung!), gummöse Erkrankung des Endometriums, Amenorrhöe, Uterusruptur.

2. Syphilis des Ovariums und der Tube, anscheinend äußerst selten. Vergrößerung der Ovarien, im übrigen sind die Untersuchungen im allgemeinen wenig eindeutig dargestellt. Als wichtiges Symptom für die syphilitische Salpingitis erwähnt LAFFOET einen Schmerz, welcher durch Druck auf die Arterien des kleinen Beckens hervorgerufen wird.

Referent schließt mit den Worten, daß es neuen Untersuchungsreihen an großem Material vorbehalten bleibe, eine Lücke auszufüllen und festzustellen, wie oft die Syphilis sich auch an den inneren weiblichen Genitalien lokalisiert, und daß es nötig sei, in allen klinisch auch nur ganz entfernt verdächtigen Fällen möglichst die WASSERMANNsche Reaktion anzustellen. Franz-Dresden.

Über syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems, von ERNST SCHULTZE-Greifswald. (Med. Klinik, 1912, Nr. 48.) Der positive Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion des Blutes gibt uns nur die Allgemeindiagnose, daß ein Individuum irgend einmal luetisch infiziert gewesen ist; der positive Ausfall der Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit führt uns mehr zur lokalen Diagnose, als man dann an eine luische Infektion des Zentralnervensystems wird denken müssen, obwohl dieser positive Befund sich auch in frischen Fällen von Sekundärsyphilis gezeigt hat, ohne daß man dann eine spezifische Erkrankung des Zentralnervensystems beobachten konnte, so daß die den positiven Ausfall veranlassende Affektion entweder nur eine vorübergehende oder eine durch unsere Therapie ausheilende war.

SCHULTZE meint nun, daß jene Patienten, bei denen diese Ausheilung nicht eintritt, vielleicht die Kandidaten für spätere schwere Nervenleiden luischen oder metaluischen Ursprungs sind. Positive WASSERMANN-Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit in späterer Periode läßt die Diagnose auf Syphilis ebenso sicher erscheinen, wie die einfacheren Methoden von NONNE-APELT zum Globulinnachweis und der Nachweis erhöhten Zellgehaltes im Liquor. Bei dieser Gelegenheit warnt der Verfasser, die Spinalpunktion als ganz harmlosen Eingriff zu betrachten; er verordnet mindestens 24 Stunden Ruhe in horizontaler Lage.

Mit den folgenden Krankengeschichten sucht SCHULTZE die große Bedeutung der WASSERMANN-Reaktion im Blute und Liquor zu beweisen, besonders bei klinisch unklaren Fällen; jedoch gehören diese Krankengeschichten mehr vor das Forum der Neuropathologen, so daß ein Eingehen an dieser Stelle unmöglich ist. Trotz der hohen Bewertung, die der Verfasser für die WASSERMANNsche Reaktion hat, warnt er dringend, sich allein auf den Ausfall derselben zu verlassen und betont die Wichtigkeit peinlich genauer somatischer und psychischer Untersuchungen, wobei er ausspricht, daß ohne solches Vorgehen die Medizin einfach zum Handwerk herabsinken würde.

Nach seinen Erfahrungen warnt SCHULTZE davor, jede Psychose mit paralyseähnlichem Charakter auch bei bestehender Tabes eo ipso als Paralyse aufzufassen und bringt für solche mit Unrecht als Paralyse diagnostizierten Fälle klinische Belege.

Zum Schlusse bemerkt SCHULTZE, daß man bei Schätzung der Erfolge der Salvarsantherapie bei Tabes und Paralyse sehr vorsichtig sein müsse, und daß vor allen Dingen die Akten darüber noch nicht geschlossen seien, ob gut durchgeführte Salvarsanbehandlung im Anfangsstadium der Lues eine Herabsetzung der Zahl von metaluischen Erkrankungen bewirken wird. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Halbseitige Kleinhirnsymptome syphilitischen Ursprungs: syphilitische Kleinhirnhemiplegie, von PIERRE MARIE und CH. FOIX-Paris. (Semaine méd., 1913, Nr. 2.) Die Symptome, welche die syphilitische Erkrankung des Kleinhirns macht. sind dreierlei Art: 1. handelt es sich um rein motorische Störungen in Form von Asthenie, Hypotonie und Störungen der Reflexe, 2. um Störungen des Gleichgewichts und 3. um Koordinationsstörungen (Hemiasynergie des Kleinhirns). Die Verfasser besprechen, von diesen Gesichtspunkten ausgehend, zwei einschlägige Krankengeschichten. A. Gunsett-Straßburg.

Klinische Formen und Diagnose der syphilitischen Kleinhirnhemiplegie, von PIERRE MARIE und CH. FOIX. (Semaine méd., 1913, Nr. 13.) Eine neurologische Studie der Symptome, an welchen die einzelnen Formen der syphilitischen Kleinhirnhemiplegie zu erkennen sind. A. Gunsett-Straßburg.

Rekurrenslähmung durch zpezifische Behandlung geheilt, von ROBERT KENDU. (Lyon méd., 1913, Nr. 6.) Ein 32jähriger Mann wurde vor einem Monate plötzlich innerhalb zweier Tage von totaler Aphonie befallen. Es fand sich bei ihm eine rechtsseitige Rekurrenslähmung, doch konnte keinerlei veranlassendes Moment (Tumor, Aneurysma usw.) entdeckt werden. Durch symtomatische Behandlung mit Elektrizität usw. wurde keine Besserung erzielt. Da der WASSERMANN positiv war, wurde, ohne daß der Kranke von einer Infektion wußte, eine Quecksilberinjektionskur eingeleitet. Nach 16 Einspritzungen war die Lähmung völlig beseitigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Über einen Fall von primärer symmetrischer Brachialplexusneuritis als Symptom einer Spätsyphilis, von GEORG STIEFLER-Linz a. d. D. (Wien. klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 52.) Der sehr interessante Fall ist genau beobachtet und wird vom Verfasser in allen Einzelheiten mitgeteilt. Die Beziehungen zu einer zwölf Jahre zurückliegenden Syphilis, die sich nicht nur auf einen noch bestehenden positiven WASSERMANN gründen, werden vom Verfasser eingehend erörtert, sind aber von Interessenten im Original nachzulesen. W. Lehmann-Stettin.

Untersuchungen über die sekundär-syphilitischen meningealen Krankheiten, die klinisch nicht in Erscheinung treten, von E. JEANSELME und PAUL CHEVALLIER. (La Clinique, 1912, Nr. 37.) Eine kurze Besprechung der von ihnen angewandten Technik, um eine eventuell vorhandene Lymphozytose resp. deren Ausdehnung im Liquor cerebrospinalis festzustellen, geht als Einleitung voraus. Es gilt für die Verfasser als notwendigste Vorbedingung für die Zuverlässigkeit der Untersuchung: 1. Auffangen des Liquors unmittelbar vor der Untersuchung, 2. gründliches Schütteln der Flüssigkeit in der Tube, 3. Zurruhekommenlassen des Liquors in der NAGEOTTschen Zählkammer, 4. die Bildung eines allgemeinen Urteils über die Verteilung der Elemente, 5. das Durchzählen von mindestens acht Tafeln.

Dann kommen die Verfasser auf die Bedeutung der Lymphozytose in den einzelnen Stadien der Syphilis zu sprechen, und zwar in folgender Einteilung: A. Alle Stadien außer dem Sekundärstadium, a) Syphilitiker, die seit Jahren absolut geheilt scheinen, und eine bemerkenswerte Lymphozytose zeigen, müssen wie aktive behandelt werden; umgekehrt kann man Syphilophoben bei mehrfach negativem Ausfalle der Liquoruntersuchung mit großer Sicherheit die Beruhigung geben, daß ihre eventuellen Kopfschmerzen oder sonstigen nervösen Beschwerden nicht auf syphilitischer Grundlage beruhen, da Syphilis des Zentralnervensystems mit negativer Lymphozytose des Liquors äußerst selten ist; b) Syphilis tertiaria der Nase und des Rachens zeigen gewöhnlich keine Lymphozytose, ebensowenig wie c) Primär-

Digitized by Google

syphilis, da meningeale Syphilis und Schanker zeitlich fast nie zusammenfallen, sondern dieselbe meist zugleich mit der Roseola auftritt. B. Sekundärstadium: Es ist von den sehr ausgedehnten Ausführungen hier nur wenig wiederzugeben, und zwar erstens, daß sich ungefähr in der Hälfte der Fälle eine Lymphozytose des Liquors zeigt, und ferner, daß der polymorphe Charakter der Sekundärerscheinungen sich auch in dem völlig unregelmäßigen Auftreten von Meningopathien mit oder ohne Lymphozytose dokumentiert.

Die Verfasser schließen den Abschnitt mit folgenden Worten: Es ist unmöglich, den Zustand der Meningen aus der Untersuchung der Haut zu schließen; die verschiedenen Lokalisationen der Syphilis haben eine Art Unabhängigkeit voneinander, eine Art klinischer Individualität. Die Meningopathien sind unabhängig von den Affektionen der Haut. Nur die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis erlaubt es, mit Sicherheit auf die Existenz, den Grad, die Heilung und das Rezidiv einer meningealen Erkrankung zu schließen. Auch die für eine Infektion der Meningen in der Sekundärperiode prädisponierenden Momente sind so unsicher, daß die Verfasser auf eine ausführliche Besprechung nicht eingehen wollen.

Auch in bezug auf die Erfolge der Behandlung der Syphilis mit Quecksilber resp. Salvarsan sind die Beobachtungen in bezug auf die meningealen Affektionen noch nicht abgeschlossen, d. h. es scheint keine bestimmte Norm dafür zu geben, und der Verlauf der Haut- resp. Schleimhautsymptome der Lues läßt noch keinen Schluß zu über die Besserung des Liquors durch die Behandlung. Während also alle manifesten Symptome unter Hg-Behandlung verschwinden können, ist eine Vermehrung der Leukozytose nicht ausgeschlossen, obwohl bei den leichteren Formen von Meningopathien eher eine Besserung resp. Heilung zu erwarten ist. Auch bei der sogenannten Syphilis sekundaria tarda, deren Rezidive stets nur den Charakter der Sekundär-, nie der Tertiärperiode zeigen, und die nach FOURNIER auch bei einer ausreichenden Hg-Behandlung auftreten kann, vermuten die Verfasser eine zugrunde liegende, ungenügende Behandlung, weil der Typ der Meningopathien dieser Form der gleiche ist wie bei der frühsekundären, weil auch die vortabischen Meningitiden durch Quecksilber beeinflußt werden und selbst die tabische Lymphozytose sich unter dem Einfluß von Salvarsan vermindert.

Betreffend die Salvarsanbehandlung zeigen die Verfasser, daß sie in keinem Fall, in dem vor der Injektion keine Meningitis bestanden hätte, nach derselben eine solche beobachtet hätten. Dagegen zeigten zahlreiche Fälle von Leukozytose im Liquor, die vor der Anwendung von Salvarsan bestand, nach derselben eine Verminderung oder Heilung, die monatelang und über ein Jahr hinaus konstatiert werden konnte, wenn sich die Patienten nicht der Beobachtung entzogen. Die Verfasser leugnen die Möglichkeit einer durch Salvarsan hervorgerufenen Meningitis oder eines Neurorezidivs entschieden, höchstens glauben sie an das Zustandekommen einer solchen durch eine Art von HERXHEIMERscher Reaktion, was nach ihrer Ansicht durch vorsichtige Dosierung vermieden werden könnte. Sie glauben, daß Salvarsan die syphilitische Meningitis heilt, allerdings nur schwer; aber er heilt sie, wenn man als Kriterium der Heilung das Verschwinden der Lymphozytose annimmt, durch öfters wiederholte Injektionen. Therapeutische Mißerfolge sind nach ihrer Ansicht verschuldet durch ein schlecht geleitetes, unterbrochenes oder zu zaghaftes Vorgehen.

Die Verfasser schließen, daß nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse es zur Heilung resp. Vermeidung der syphilitischen Meningopathien empfehlenswert sei, Serien von intravenösen Injektionen von 0,2, 0,3, 0,4 und 0,5 g Salvarsan

Digitized by Google

in kurzen Zwischenräumen und genügender Anzahl zu verabfolgen. Sie sehen keinen Grund dagegen ein, die Salvarsanbehandlung mit Quecksilber und Jod zu kombinieren, obwohl sie ihrerseits davon Abstand genommen haben, wegen der guten Resultate, die sie mit alleiniger Salvarsanbehandlung erzielt haben.

Lasch-Breslau.

Meningitis syphilitica acuta, von L. M. Bonnet. (Lyon. méd., 1913, Nr. 14.) Ein 20jähriger Mann erhielt wegen primärer Syphilis innerhalb von zwei Wochen 1,0 Salvarsan und dann Protojoduretpillen. Nach 2½ Monaten kam er wieder zur Behandlung mit der Angabe, daß er seit einem Monate an nächtlichen Kopfschmerzen leide. Vor sechs Tagen wurden diese äußerst stark und kontinuierlich; dazu gesellte sich heftiges Erbrechen. Man fand bei ihm Rachialgie, Nackensteifigkeit und Zernig. Durch Hg-Injektionen rapide Heilung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Meningoenkephalitis im Verlaufe einer mit Neosalvarsan behandelten Sekundärlues, von Frank Escande-Marseille. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 12.) Eine 26jähr. Frau bekam wegen Papeln im Munde am 24. Juli 0,45 Neosalvarsan, wonach sich einen Tag lang Kopfschmerzen und Erbrechen einstellte. Am 30. Juli bekam sie 0,6 Neosalvarsan, worauf ebenfalls, aber diesmal 2—3 Tage lang, Brechen und Kopfschmerz eintraten. Am 28. August war die Wassermannsche Reaktion im Blute positiv. Am 23. September erfolgte die dritte Neosalvarsaninjektion mit denselben Symptomen wie bei der zweiten und am 15. Oktober eine vierte von 0,6. Nach dieser letzten Injektion stellten sich nun Hirnsymptome schwerster Art ein: heftige Kopfschmerzen, Hemiplegie, Delirien, starke Prostration, Temperaturen bis 39°. Der Liquor zeigte keine Vermehrung des Albumgehalts, hingegen Lymphozytose und positive Wassermannsche Reaktion. Allmählich trat eine Besserung des immerhin bedenklichen Zustandes ein, und sechs Wochen nach der Injektion waren alle Symptome verschwunden. Der Verfasser faßt das Ganze als eine Herxheimersche Reaktion der Meningen auf.

A. Gunsett-Straßburg.

Meningitis cerebrospinalis bei einem Hereditärsyphilitischen, von Paul Courmont und J. Froment. (Lyon méd., 1913, Nr. 6.) Der 21jährige Kranke litt an Veränderungen des Knies und der Lungen, die für tuberkulös gehalten wurden. Dementsprechend wurde auch eine Meningitis auf Tuberkulose bezogen. Die bakteriologische Untersuchung ergab aber Meningokokken, die Autopsie zeigte, daß die Lungen- und Kniealfektionen syphilitischer Natur waren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dem Priv.-Doz. W. Fribœs wurde die Oberarztstelle an der dermatologischen Klinik in Bonn übertragen.

Sir Jonathan Hutchinson, emeritierter Professor der Chirurgie am London Hospital College, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Juli 1913 | Nr. 30 | Band 57

Zur Kontraluesinbehandlung.

Von

Dr. Ed. Richter, Plauen i. V.

Diejenigen, welche die Chemotherapie zur Behandlung von Infektionskrankheiten heranziehen, gehen von dem Standpunkt aus, daß die Möglichkeit vorliegt, durch chemische Mittel einen bakteriell infizierten Körper zu sterilisieren bzw. zu desinfizieren. Kein Forscher ist wohl den Bemühungen, dies Ziel zu erreichen, je intensiver gefolgt, wie Ehrlich. Seine planmäßigen Arbeiten ließen uns dem Gedanken näher treten, daß das Ziel erreicht sei — nämlich die Therapia sterilisans magna uno ictu. Jedoch die Wirkung eines chemischen, heterogenen Faktors im Körper läßt sich nicht ohne weiteres berechnen, sondern sie hängt im wesentlichen von zwei Momenten ab — von der Parasitotropie und der Organotropie des Mittels. Dadurch, daß der Körper, besonders der menschliche Körper, ein äußerst leicht verletzbares, chemisch labiles Ganze ist, stellen sich den beabsichtigten Wirkungen nicht zu berechnende Hindernisse entgegen, welche einzig und allein auf dem Pfade der Erfahrung überwunden werden können. Die Theorie und selbst Versuche am Tierkörper lassen eben nur gewisse Stufen der Arzneiwirkung überblicken. Die Übertragung der Laboratoriumsversuche auf die Menschenbehandlung führt dann wieder zu einer neuen Phase des experimentellen Studiums. „Stets müssen wir eingedenk sein der Tatsache", sagt Touton[1]) in bezug auf die Syphilis, „daß die experimentelle Tiersyphilis besonders wegen der Oberflächlichkeit bzw. Eindringlichkeit der Haftung der Krankheit an versteckten Stellen grundsätzlich von der Menschensyphilis verschieden ist und daß man andererseits gerade den Organen, die das Tier vom Menschen unterscheiden, also besonders dem Nervensystem, relativ erheblich mehr zumuten kann als dem menschlichen." — Eine Therapia sterilisans magna, also eine Abortivbehandlung der Syphilis z. B. — haben wir noch nicht, wohl aber können wir eine Therapia desinficiens leisten.

Diesen Weg der Therapia desinficiens habe ich mit der Herstellung des Kontraluesins beschreiten wollen, und wie der Name sagt, ihn an

[1]) Berl. klin. Wochenschr., 1913.

Digitized by Google

der chronischen Infektionskrankheit der Lues erproben wollen. Über die ersten Resultate, welche mittels des Kontraluesins zu erreichen waren, habe ich auf dem Internationalen Laryngologenkongreß, Berlin 1911, ferner auf dem Internationalen Dermatologenkongreß, Rom 1912, berichtet, sowie in der Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 39. Ferner liegen Arbeiten vor von SCHOURP-Danzig (Derm. Centralbl., 1912), Nr. 3, dann von KLAUSNER-Prag (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 2).

Der Charakter des Mittels ist der des Suspensionskolloides und geht dessen verschiedene Stufen bis zur Lösung durch. Der Herstellung selbst liegen neue chemische Gesichtspunkte zugrunde, über welche genauer zu berichten ich mir noch vorbehalten muß. Kurz erwähnt sei, daß das Studium der dabei auftauchenden Fragen bis in das Gebiet der Beiz- und Färbemittel reicht und daß sich mittels des neuen Verfahrens augenscheinlich eine Unmenge neuer medizinischer Körper darstellen lassen, von denen ich nur erst wenige untersucht habe. Der Ausgangskörper des Mittels scheint eine besonders aggressive bzw. haptophore Eigenschaft auf komplizierte chemische Körper zu haben (Krankheitsgifte) (Antigene).

Der Kürze halber bezeichne ich das Mittel hier als Kombinationsmittel und bemerke, daß es mein Bestreben war, in einem $3^3/_4$ jährigen Studium eine Mehrzahl wirksamer parasitotroper Mittel in ihrer Gesamtheit dem Körper — im wahrsten Sinne des Wortes — anzupassen; denn es scheint wohl ohne weiteres leicht, im Reagenzglas Gruppen von chemischen Körpern miteinander zu verbinden, wesentlich anders liegen aber die Bedingungen, Gruppen von wirksamen chemischen Stoffen zu finden, welche im Körper ihre Angriffskraft zusammen auf Parasiten richten und ihre Schutzkraft zusammen auf die Körperzellen übertragen.

Verstärkungen von Arzneimitteln, insbesondere von Alkaloiden, durch Natriumbikarbonat (oder Gerbsäure) sind von TRAUBE[1]) studiert worden. Additionen und Potenzierungen von Arzneigemischen kennen wir ebenfalls schon lange (z. B. Morphium und Chloroform; Adrenalin und Kokain usw.). Additionen und Potenzierungen von Arzneimitteln sind in den Arbeiten von BÜRGI[2]), HEUBNER[3]), KOCHMANN[4]), SCHOFF, v. ISSEKUTZ[5]), BRESLAUER[6]), WOKER[6]) studiert worden; aber auch Subtraktionen eventuell Divisionen können erwartet werden, und in der Tat hat FÜHNER Verminderung der Wirkung in bestimmten Arzneigemischen gesehen. Die Simultaneffekte ganzer Gruppen sind also oft ganz andere

[1]) Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31. — [2]) Med. Klinik, 1912, Nr. 50. — [3]) Med. Klinik, 1913, Nr. 9. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Aug. 1912. — [4]) Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34. — [5]) PFLÜGERS Arch., Bd. 125. — [6]) Ztschr. f. allg. Physiologie, Bd. 13.

Digitized by Google

wie die Effekte der einzelnen Komponenten. Die Gruppeneffekte können sich offenbar steigern, neutralisieren oder schädigen. Gilt dieser Satz zunächst von der Wirkung der verwendeten Arzneigruppen auf die Chemie und Biologie des Körpers, so kommt bei der Behandlung der Infektionskrankheiten noch komplizierend hinzu die Chemie und Biologie der betreffenden zu vernichtenden Krankheitskeime und die Chemie und Biologie der krankheitsgeschädigten Teile. Alle diese chemischen und biologischen Momente müssen bei der Herstellung eines Arzneigemisches bewertet werden; denn bei der Einstellung der einzelnen Arzneigruppen auf den Körper verlangen wir nicht ein negatives schädigendes Moment, auch nicht ein neutrales unwirksames Moment, sondern ein positives, die Körperzellen schützendes, stützendes Moment. Bei der Einstellung auf die Bakterien usw. wird ein negatives, die Bakterien tötendes Moment verlangt. Die beste Arzneigruppierung für die Behandlung von Infektionskrankheiten hat also folgende Vorbedingung — positiv die Organzellen zu schützen, negativ die Bakterien zu vernichten.

So mühsam wie das Studium der Arzneigruppierungen ist, so gibt doch gerade die „Kombination" die Gewähr einer so großen Leistungsmöglichkeit, daß sicher auf diesem Wege noch bedeutende Resultate zu erwarten sind.

Bei der Herstellung des Kontraluesins habe ich die Wirkungsaddition desinfizierender Arzneigruppen so verwertet, daß eine zellenstützende Beeinflussung neben der Bakterienvernichtung zur Geltung kommen solle. Ein ferneres Moment ergab sich in der Verarbeitung des parasitoziden Quecksilbers, indem ich dasselbe als Suspensionskolloid herstellte. Dieses hat zwei Vorteile gezeitigt. Erstens scheint durch die suspensionskolloide Anordnung des Hg der Körper nicht so leicht mit schädigenden Momenten zu antworten, als da sind Stomatitis, Enteritis usw., zweitens aber ist die spezifische Oberfläche des Quecksilbers ins Ungeheure gewachsen. Es ist ja bekannt, daß ein Goldwürfel von 1 cm Seitenlänge, wenn er in einer kolloiden Lösung verteilt ist, so daß jedes Teilchen 0,001 μ Seitenlänge hat, die Oberfläche dieser Teilchen dann 600 qm beträgt. Daß diese Oberflächenspannung chemisch, physikalisch (elektrisch) ganz anders wirkt, wie ein Würfel von 1 ccm Inhalt, ist ja ganz klar; ebenso sind natürlich die adsorptiven Wirkungen ganz andere.

Wie ich aber auch schon in meinen früheren Mitteilungen erklärte, haben noch andere Gesichtspunkte für mich bei der Herstellung des Präparates mitgesprochen, nämlich folgende verschiedene Dispositionen: 1. ist in dem Präparat eine allgemein bakterizide Wirkung geschaffen, 2. ist in ihm eine akut antiluetische Wirkung vorhanden, und 3. eine chronisch remanierende antiluetische Wirkung. Der erstere Gesichtspunkt

Digitized by Google

wird durch die Körper Salizyl, Sozojodol, Chinin vertreten, der zweite Gesichtspunkt durch Sublimat und Arsen, der dritte durch das von mir hergestellte kolloidale molekulare Quecksilber.

Um die selektiven Fähigkeiten in der Arzneigruppierung noch mehr zu schärfen und auch verschiedene Angriffspunkte für das Präparat zu haben, habe ich mich bemüht, weiter folgenden Bedingungen Platz zu schaffen. Während man ohne weiteres zugeben kann, daß die Hauptwirkung des Mittels in einer Steigerung der desinfizierenden Gruppen bestehen kann, diese Gesamtwirkung also von den Körpersäften aus arbeitet, so bieten sich dem Präparat jedoch noch andere Angriffspunkte. So ist es vom Chinin ja bekannt, daß es bis auf die Malariaplasmodien in den Blutkörperchen wirkt, also sich hämatotrop verankern kann, so ist es auch ferner vom Arsen und seinen Derivaten bekannt, daß ihnen — ähnlich wie dem Phosphor — neurotrope selektive Wirkungen zukommen. Diese Verwandtschaft der chemischen Körper Arsen und Phosphor zum Nervensystem habe ich ebenfalls benutzt und die Lösung mit Spuren von Arsen und Phosphor ausgerüstet (ca. 0,00075 g). Dieser Neurotropismus der beiden Substanzen sollte also dazu dienen, andere konkommittierende Arzneikörper, z. B. Hg, mit sich zu lenken, sie zu schieben.

Was ich jetzt Kontraluesin nenne, hat natürlich im Laufe von $3^3/_4$ Jahren manche wesentliche Veränderungen erfahren und ist erst in der letzten Zeit zu einem stereotypen Präparat geworden. Es kam ja jedesmal bei der Umarbeitung des Präparates darauf an, die Grenzen kennen zu lernen, bei dem der Nutzeffekt sich in Körperschädigung umwandelt, oder mit anderen Worten, wann sich die Dosis curativa zur Dosis tolerata und diese zur Dosis toxica umwandelt. Ich möchte diese dreifache Gruppierung der Dosis in diesem Sinne gebrauchen, daß die Dosis curativa der gewöhnlichen Dosis entspricht, die Dosis tolerata als tolerierte Grenzdosis, also Maximaldosis aufzufassen ist und daß durch Überschreiten der Maximaldosis die Dosis toxica hervorgebracht wird. Die Versuche, die Dosis tolerata zu finden, mußten natürlich ganz tastend gemacht werden, weil man nie weiß, ob eine Arzneimittelkombination sich anders verhält, wie ihre einzelnen Glieder. Diese Versuche, welche ich zuerst am Tierkörper, dann teilweise an mir selbst und dann erst am Patienten durchgeführt habe, haben einen großen Zeitraum benötigt, dann aber zu einer Fixierung der einzelnen Teile geführt. Maßgebend wieder für die Normierung der Dosis curativa waren Grundsätze allgemeiner Krankenbehandlung, nämlich Vermeiden von irgend welchen Schädigungen und somit eine Fixierung der Dosis unter der Dosis tolerata. Durch dies Unterbieten der Dosis tolerata, ja selbst der Dosis

Digitized by Google

curativa kommt der behandelnde Arzt in die Lage, das Mittel ambulant geben zu können. Es lag mir im vorhergehenden daran, die Bestandteile des Mittels an sich bekannt zu geben. Inwiefern neue chemische Körper dabei in Frage kommen, kann ich erst nach Abschluß der diesbezüglichen weiteren Untersuchungen sagen.

Wenn ich mich an dieser Stelle ganz allgemein auf die Mitteilungen einer Reihe von prüfenden Kollegen berufen darf, so wirkt das Präparat günstig. Natürlich ist damit die Reihe der Prüfungen nach mancher Seite noch nicht abgeschlossen, denn auch die Methode zu fixieren hat, da auch hier Varianten zulässig sind, weitere Bemühungen zur Voraussetzung. So läßt sich z. B. das Mittel nach den bisherigen Erfahrungen ohne weiteres mit Salvarsan kombinieren, man kann ferner verschiedene Wege mit der Anwendung selbst einschlagen. Ich selbst gebe z. B. erst vier Spritzen in einem Zeitraum von 15 Tagen, und zwar vier Spritzen von $1^1/_2$ ccm; man könnte aber vielleicht auch nur 1 ccm in kürzerer Zeit hintereinander injizieren, vielleicht alle zwei Tage, und dadurch die Wirkung eventuell schneller erreichen. Ferner ich wiederhole zwei Monate nach beendigter Kur die Injektionen insofern noch einmal, als ich zwei bis vier Spritzen der Sicherheit halber noch einmal gebe und ebenso zwei Monate darauf noch einmal zwei. Gewöhnlich überschreite ich die Gesamtzahl von sechs bis acht Spritzen nicht. Ob dieser Turnus bereits ganz den Bedürfnissen entspricht, muß die Erfahrung lehren. Mir mußte es natürlich zunächst darauf ankommen, vorsichtig zu Werke zu gehen. Die schätzenswerte Mitarbeit vieler Stellen wird hierbei fachmännisch das Richtige finden oder schon gefunden haben.

Ich habe mich in meinen früheren Publikationen bemüht, über eigene Erfolge so wenig wie möglich zu sprechen, und halte an diesem Prinzip fest, solange bis die maßgebenden Stellen sich über den Wert oder Nichtwert der Methode geäußert haben. Sollte die Einführung des molekularen Quecksilbers in die Therapie nebst dem Kombinationsverfahren erwähnenswerte Resultate zeitigen, wie es den Anschein hat, so werden diese Resultate von anderen Autoren besser erwähnt werden können, als von mir. Ich will in dieser Hinsicht erwähnen, daß ich bisher 191 Fälle mit vollem Erfolg behandelt habe, daß aber eine Serie von Krankheitsfällen, welche durchweg mit einem und demselben Präparat behandelt worden sind, noch nicht besteht. Dieses ist aber fortan möglich, falls nicht unerwartet sich noch notwendige Änderungen ergeben. Da ich aber glaube, daß diese Möglichkeit gleich Null ist, habe ich mit diesen Zeilen zur Frage der Kontraluesinbehandlung Stellung genommen.

Gemäß den verschiedenen Anfragen, welche mir beziehentlich der

Digitized by Google

Technik von seiten der Kollegen zuteil wurden, kann ich natürlich nur von der Technik reden, die ich selbst bisher ausführte.

Da das Mittel von Anfang bis Ende nur von mir hergestellt wird, so will ich erwähnen, daß jede Injektion von $1^1/_2$ ccm in kleinen Glasampullen zum sofortigen Gebrauch untergebracht ist. Diese Ampullenfüllungen benutze ich meist frisch; jedoch sind wesentliche Veränderungen von mir an drei Monate alten Präparaten nicht bemerkt worden.

Ich will nunmehr die Technik schildern, welche ich selbst anwende. Die Spritze, welche ich verwende, ist eine 2 ccm-Spritze und besteht ganz aus Glas. Metallspritzen können nur dann genommen werden, wenn man sie unmittelbar nach der Injektion von Spuren von Quecksilber befreit. Ich möchte aber raten, lieber eine eingeschliffene Glasspritze zu benutzen, weil sonst die Metallteilspritze durch Amalgamierung von Quecksilber verdorben werden könnte. Da die Injektionsmenge ca. $1^1/_2$ ccm Flüssigkeit beträgt, so kann man mit einer 1 ccm Spritze wohl auskommen, aber es ist wohl für alle Fälle besser, sich einer $1^1/_2$ bzw. 2 ccm-Spritze zu bedienen. Es ist notwendig, daß man die Spritze in einer wasserfreien, desinfizierenden Flüssigkeit aufbewahrt. Eine flache Deckelschale, welche die Desinfektionsflüssigkeit enthält, 2 cm hoch, leistet dabei gute Dienste. In der Schale halte ich die Spritze in Spiritus saponis kalini, welchem auf 100 ccm 2 ccm Liquor cresoli-saponati hinzugesetzt sind. Ebenso liegen in der Desinfektionsflüssigkeit die Nadeln. Will man die oben beschriebene Desinfektionsflüssigkeit durch Alcoholus absolutus ersetzen, so mag dies auch sehr gut sein, nur möchte man dann die Spritze vor der Benutzung sehr vom Alkohol befreien, weil sonst der Alkohol starkes Brennen der Injektion im Körper verursachen könnte.

Den Ampulleninhalt saugt man in die Spritze, indem man den Ampullenhals einritzt, ihn umbricht und dann mittels der Spritze bzw. Nadel den Ampulleninhalt aus der etwas schräg gehaltenen Ampulle aufsaugt. Der Ampulleninhalt, welcher vorher sehr gut durchgeschüttelt wurde, läßt sich restlos in die Spritze saugen, sofern die Ampullen nicht sehr starker Winterkälte lange Zeit unter 0 Grad ausgesetzt waren. In Ländern, wo abnorme Kältegrade herrschen — Kollegen im sibirischen Rußland haben sich mit dem Präparat beschäftigt —, würde man gut tun, die Fläschchen vorher in mäßig warmem Wasser anzuwärmen. Man vermeide aber streng, Wasser in die Fläschchen eintreten zu lassen, um nicht die Injektionsflüssigkeit zu verderben. Ebenso darf die Spritze nie mit Wasser gereinigt werden, sondern nur mit Spiritus saponis kalini oder Alcoholus absolutus.

Die Länge der Nadel ist von mir auf 34 mm angegeben worden und die Nadelstärke auf 0,9 mm, nicht im Lumen, sondern im ganzen Quer-

Digitized by Google

schnitt. Ich selbst komme mit dieser Nadellänge in allen Fällen aus, es ist aber sehr zweckmäßig, dem Vorschlag eines Kollegen nachzugehen, nämlich bei starkem Panniculus adiposus eine Nadel von ca. 4 cm zu benutzen. Um mit meiner Nadellänge auszukommen, helfe ich mir in der Weise, daß ich bei starkem Panniculus adiposus fast genau in der Linie Spina iliaca sup. anteriorspitze des Os coccygeum injiziere, während ich bei weniger entwickeltem Panniculus ungefähr zwei Finger unter dieser Linie einspritze. Die Punkte der Injektion liegen bei mir auch insofern fest, als ich an jeder Seite an zwei fast bestimmten Punkten injiziere. Nämlich legt man vier Finger von der Hand auf die Nates so, daß der äußere Finger ungefähr an der Spina ruht, so schneidet die Senkrechte, welche der innere Rand des inneren Fingers bildet, die obige Verbindungslinie Spina iliaca sup. anterior und Os coccygeum. An der Schnittstelle der Linie wird injiziert, je nachdem die Nates fettreich sind oder nicht, in der bekannten queren Verbindungslinie oder zwei Finger darunter. Die zweite Einstichstelle findet man, wenn man vier bis fünf Finger gegen die Spitze des Os coccygeum nach innen legt, ebenfalls durch Kreuzung der Senkrechten zur Verbindungslinie. Eine Normierung der Stichstellen hat einen gewissen Erinnerungszweck, weil man nämlich dadurch jederzeit, auch wenn die Einstichstellen nicht mehr zu sehen sind, weiß, wo man injiziert hat. Man kann dann in der Folge darunter injizieren.

Die Stellen, an welchen die Injektion vor sich gehen soll, reinigt man in folgender Weise: Man reinigt mit einem Wattebausch, welchen man mit Spiritus saponis kalini tränkt, die Injektionsstelle mindestens $1^1/_2$ Hände breit. Alsdann trocknet man die Stelle mit trockener Watte ab und desinfiziert durch Bepinselung mit Jodtinktur die ganze Stelle auf $1^1/_2$ Hand breit. Man richtet die Braunfärbung der Fläche so ein, daß die beabsichtigte Stichstelle im Zentrum liegt. Die Nadel bestreicht man vor dem Stich ebenfalls mit Jodtinktur. Der Einstich geschieht alsdann senkrecht in dem Zentrum des bemalten Kreises. Die Jodtinkturpinselung wähle ich nicht nur zur Desinfektion, sondern auch, weil ich glaube, daß die Jodbearbeitung des Stichkanals weitere Zwecke erfüllt.

Sehr wesentlich ist es, wenn man die Injektionsspritze nicht verderben will, daß man sie gleich nach Gebrauch auseinandergenommen wieder in der Desinfektionsflüssigkeit aufbewahrt.

Nach der Injektion soll sich normalerweise innerhalb fünf Tagen ein derartiger Verlauf zeigen, daß die Injektion fast reaktionslos verläuft. Dazu ist es nach den allgemeinen Regeln der Injektionstechnik notwendig, daß man soviel wie möglich vermeidet, Injektionsflüssigkeit unter die Haut treten zu lassen. Am besten erreicht man dies, wenn man die Nadel im Stichkanal noch einige Zeit ruhig hält. Über Anaphylaxieerscheinungen (be-

Digitized by Google

ziehentlich Kumulierungsreaktion) werde ich später einmal berichten. Unter den ca. 800 Injektionen, welche ich gemacht habe, habe ich dreimal Abszesse gesehen, welche ohne weitere Komplikationen verliefen und bei denen ca. 8 Tage nach der Injektion die eingespritzte Flüssigkeit sich noch nachweisen ließ. Ich bemerke aber, daß diese Abszesse nicht auf den jetzigen Charakter der Injektion schließen lassen, sondern es war eben diese Abszedierung lediglich durch Steigerung der Komponenten entstanden. Ich sagte im Anfang dieser Zeilen, daß sich der Körper auf die Injektion einstellt; ich weiß also aus dem Verfolg der Versuche, daß es mir möglich ist, mit einer bestimmten Konzentration leichte Eiterungen hervorzurufen. Es wäre denkbar, und ich habe bereits versucht, daß man diesen Umstand der chemischen Abszedierung zur Therapie heranziehen könnte, z. B. zur Behandlung oberflächlicher Krebse und anderer Geschwüre. Natürlich wird man sehen, nicht ad libitum Stoffe zu verwerten, welche diese Eiterung herbeirufen, sondern man wird Stoffe wählen, welche den Geschwülsten in diesem Falle adaptiert sind. An diesem Beispiel eventueller Geschwulstvernichtung durch chemische Reaktion sieht man, wie vielfach und widersprechend die Aufgaben sind, welche man von den chemisch-therapeutischen Körpern verlangt. Bei der Syphilisbehandlung verlangen wir Schutz für die Körperzellen, Wiederaufbau der zerstörten ev. ulzerierten Teile, Einschmelzung gummöser Geschwülste und Bakterienvernichtung. Alle unsere Bestrebungen der Geschwulstbehandlung auf chemischem Wege stehen noch in den ersten Anfängen, es ist aber immerhin bemerkenswert, daß hier der Begriff der Arzneikombination seine Hebel einsetzt, um therapeutisch Erfolge herbeizurufen. Wie Ehrlich den Absichten nachging, chemisch zu zielen, und wie Wassermann das Eosin als den Schlitten oder die Schiene benutzt, um das Selen an die Mäusekarzinomzellen heranzufahren, so haben Neuberg[1]), Caspari und Löhe nach tumoraffinen Substanzen gesucht. Aufklärende Arbeiten über Schwermetalle, Farbstoffe usw. haben ferner geliefert Traube[2]), Briegerb[3]), Krause[3]), Lewin[4]) und Sellei[5]). Ich selbst habe auch bei meinem Präparat versucht, z. B. Farbstoffe mit zur Behandlung der Syphilis zu verwenden; ich habe Eosin, dessen Resorption ich in meiner Habilitationsschrift genau beschrieben habe, verwendet, ich habe Fuchsin, Gentianaviolett, Nachtblau, Diamantblau, Methylenblau usw. angewandt, bin aber vollkommen von den Farbstoffen wieder abgekommen, da sie mir in meinen Absichten, das Hg an die gefährdete Stelle oder an die Bakterien zu schieben, eher im Wege waren als förderlich. Das will nun aber nicht

[1]) Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 30. — [2]) Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31 und andere Arbeiten. — [3]) Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2. — [4]) Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 12. — [5]) Med. Klinik, 1912, Nr. 45.

Digitized by Google

sagen, daß ich das Studium der Farbstoffe für aussichtslos bei der Syphilisbehandlung halte. Ich kann nur das eine sagen, daß sie bei meinem Präparat nicht meinen Wünschen entsprachen.

Das Studium von Kombinationspräparaten ist so mühsam, daß es ganz selbstverständlich ist, daß man nicht alle Wege für gangbar vorfindet. Nicht allein mit Farbstoffen habe ich nicht die wünschenswerten Erfahrungen gemacht, sondern z. B. auch andere Körper, wie Rubidium, Lithium, Palladium genügten mir in den Versuchsreihen nicht.

Die Kombinationstherapie kann man in eine direkte und eine indirekte einteilen. Spritzen wir oder verwenden wir ein kombiniertes Mittel direkt, so haben wir eben kombinierte direkte Therapie getrieben. Aber auch wenn wir z. B. Salvarsan mit Hg verwenden, so ist dies eben indirekte Kombinationstherapie. Wenn man Jodkali und Quecksilber verwendet, so ist dies ebenfalls indirekte Kombinationstherapie, und man findet den Gedanken äußerst naheliegend, Stoffe zu verwenden, welche man z. B. direkt in eine Geschwulst spritzt, während man einen heterogenen Stoff subkutan oder intramuskulär oder intern verwendet zum Zwecke, daß sich beide Komponenten in der Geschwulst chemotherapeutisch begegnen, ungefähr in dem Sinne, wie Lauge und Säure zur Salzbildung sich im Tumor begegnen können.

Ich habe mein Präparat derartig eingerichtet, daß es der direkten Kombinationstherapie dient. Jodkali zum Zwecke einer von mir geleiteten Syphilisbehandlung habe ich seit drei Jahren nicht mehr verschrieben, weil ich es eben absolut nicht mehr brauche.

Ein genaues Studium der Quecksilberpräparate hat sich gerade an die Salvarsanära angeschlossen, und ich erinnere an die Arbeiten von Kolle[1]), Rothermund und Peschié, welche fanden, daß „unerwarteterweise kein Unterschied besteht" zwischen löslichen und unlöslichen, zwischen den eiweißfällenden und nicht eiweißfällenden Quecksilberpräparaten bezüglich der Heilwirkung bei der Spirillose der Hühner. „Das Überraschende lag hierbei darin, daß lösliche und nicht eiweißfällende Präparate nicht schneller resorbiert werden und nicht rascher ihre Antispirochätenwirkungen entfalten als die unlöslichen und eiweißfällenden Verbindungen. Die hier festgestellte auffällige Tatsache dürfte auch für die Behandlung der chronischen Spirillosen, vor allen Dingen der Syphilis, von Bedeutung sein." In derselben Arbeit der Genannten ist auch die Ansicht Bürgis zitiert, daß sich lösliche Quecksilberverbindungen im Körper erst wieder in unlösliche verwandeln. Aus meinen experimentellen Erfahrungen glaube ich diese Ansicht Bürgis durchaus unterstützen zu müssen.

[1]) Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.

Digitized by Google

Aber auch noch ein zweiter Satz aus diesem Aufsatz ist für die Behandlung mit Kontraluesin von recht großer Bedeutung, nämlich das Zitat nach Neisser: „Wir haben in der Tat aus allen bei der Syphilis wie bei der Trypanosomenerkrankung gemachten Erfahrungen Berechtigung zu der Annahme, daß die Vernichtung der Spirochäten um so sicherer, schneller und nachhaltiger gelingt, je größere Einzelschläge wir ihnen durch Gegenmittel versetzen können, dadurch ja auch die zweifellos ausgezeichnete und über alle anderen Mittel hervorragende Wirkung der Kalomelinjektionen, bei denen wir ja nicht weniger als 0,85 g Hg auf einmal injizieren."

Gerade aus den letzten Sätzen geht die Berechtigung hervor, ein neues Hg-Präparat zu konstruieren und zu beschreiben, obgleich die Anzahl der Hg-Mittel, welche jährlich von den chemischen Fabriken hergestellt werden, Legion sind. Ob aber bei Schaffung eines Hg-Präparates dem Chemiker nicht die physiologische Fühlung fehlt, ist fraglich. Nur das Studium am kranken menschlichen Körper selbst kann uns belehren über das, was wir für die Therapie brauchen.

In jeder der vier Ampullen, welche ich jetzt zum ersten Turnus bei der Behandlung sämtlicher Formen der Syphilis anwende, befindet sich nach meinen neuen Darstellungen 0,14 Hg. Dies Hg ist molekular durch die eigene Herstellungsmethode darartig verteilt, daß das Quecksilber im mikroskopischen Bilde wie Kokken oder weiße Blutkörperchen groß ist. Aus dieser in wässeriger Lösung von mir zum ersten Male erreichten Suspension schlagen sich die molekularen Hg-Partikelchen im Körper nieder, und gerade die feine Verteilung gibt dem Körper Gelegenheit, sich sein Bedürfnis nach spirochätentötender Substanz selbst zurechtzumachen.

Da ich vier Ampullen für gewöhnlich verbrauche, so habe ich einen Quecksilberaufwand von 0,56 g Hg für den ganzen Turnus. Verglichen mit anderen Behandlungen ist das sehr wenig, und dennoch sehen wir dabei volle Wirksamkeit auftreten. Überlegt man, daß bei einer monatlichen Schmierkur 40 g Hg verbraucht werden, so geht ohne weiteres hervor, daß die Schmierkur kein Mittel ist, welches die Sympathien des denkenden Arztes hervorrufen kann. Diese 0,56 g Hg berechne ich auf einen Menschen von ca. 120—140 Pfund. Es kommen also auf ein Pfund Körpergewicht ca. 0,004 g Hg. Es folgt daraus, daß man z. B. bei einem Kinde von ca. 20 Pfund 0,08 verbrauchen soll, soweit Kontraluesinbehandlung in Frage kommt. Diese 0,08 g Hg würde man auf vier Injektionen verteilen. Es würden also, wenn die Injektionsspritze von 2 ccm in 20 Teilstriche geteilt ist, zu einer Injektion bei einem Kinde von 20 Pfund ca. 2 Teilstriche nötig sein. Eine wirklich sehr minimale Menge!

Digitized by Google

Da ich die Injektionen nach vielen Bemühungen so eingerichtet habe, daß Stomatitis zu den allerseltensten Erscheinungen gehört — ich selbst sah im ganzen drei Fälle —, da ich ferner so weit in der Herstellungstechnik bin, daß die Injektionen nur sehr wenig gefühlt werden, so wäre das Präparat eigentlich das, was man für die Praxis braucht. Es läßt auch zu, daß der behandelnde Arzt z. B. mehr Spritzen gibt usw.

Über die übliche Mundpflege brauche ich mich nicht zu verbreiten. Wasserstoffsuperoxydzerstäubung auf die Zähne mit 5 %iger Lösung ist bei irgend welcher beginnender Zahnfleischreizung zu empfehlen.

Zum Schluß will ich erwähnen, daß auch die schwersten Larynxulzerationen, kondylomatöse Prozesse der Nase, Knochennekrose der Nase, zugesandte Fälle von schwerer Iritis, von Akkommodationsstörung, Neuritis optica, Keratitis luetica congenita, luetischer Herzerkrankung, luetischer Nephritis prompt auf die Lösung reagierten, soweit es bei Destruktionsprozessen noch möglich ist.

Die Anfertigung des Mittels halte ich bis zur völligen Klärung der Wirkungsfähigkeit und weiteren kritischen Beurteilungen von anderer Seite selbst in Händen.

Sehr willkommen aber begrüße ich das, was Touton[1]) in seiner Arbeit: Die jetzigen Heilmittel der Syphilis und ihre Anwendung in der Praxis, sagt: „Das Quecksilber ist vorläufig das sicherste und — wenn richtig angewandt — auch ein mit Rücksicht auf die Verträglichkeit seitens des menschlichen Organismus ausgezeichnetes Heilmittel der Syphilis, also der Krankheit selbst, nicht nur ihrer Symptome."

Demnach glaube ich richtigen Zielen nachgegangen zu sein, oder nach Ehrlich im übertragenen Sinne richtig chemisch gezielt zu haben, wenn ich das Quecksilber in der Form dem Körper einverleibe, welche er zunächst selbst zu beanspruchen scheint. Ich hoffe, dabei „nicht im Zweikampf mit dem Salvarsan (Touton), sondern in Harmonie mit ihm gehandelt zu haben".

Wahrscheinlich lassen sich durch die Behandlung mit Kontraluesin in der Folge nicht nur mehrere prinzipielle Fragen der Quecksilberbehandlung, sondern auch überhaupt der Chemotherapie klären.

Zum Schluß glaube ich noch einen Satz Traubes[2]) anführen zu dürfen, welcher lautet: „Die Pharmakologie dürfte in eine Ära treten, welche mehr und mehr von der Bevorzugung einheitlicher Arzneimittel absieht und wegen der vielseitigen Wirksamkeit und zum Teil potenzierteren Wirkungen von gemischten Arzneimitteln ihre Aufmerksamkeit mehr hierauf lenken sollte."

[1]) Berl. klin. Wochenschr., 1913. — [2]) Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologia.

(Russisch.)

Mai 1913, Bd. 1, Nr. 5.

1. Ein Fall von Carcinoma papillare auf einer Narbe nach Verbrennung, von JASSNITZKI. Beobachtungen eines Falles von Karzinom des linken Oberschenkels bei einem 22jährigen Bauer auf dem Boden einer Narbe infolge schwerer Verbrennung im fünften Lebensjahre.

2. Zur Frage der postblennorrhoischen Entzündungen des Urogenitaltraktus, von FRAENKEL. Eine literarische Betrachtung.

3. Zur Kasuistik der frühzeitigen syphilitischen Affektionen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung, von SOWINSKI. Die beobachtete Meningomyelitis circumscripta dorsalis luetica wurde 8—9 Monate nach der Infektion beobachtet bei einer 21jährigen Prostituierten, trotzdem sie in dieser Zeit drei Kuren durchgemacht hatte (die erste bestand in 3 Inj. Hg salicyl. und 16 Einr., die zweite in 12 Inj. Hg salicyl. und die dritte in 6 Inj. Hg salicyl. und 2 intravenösen Infusionen von Salvarsan).

Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

März 1913, Bd. 25.

1. Zur Frage der Jodexantheme. Ein Fall von Jododerma tuberosum fungoides, von W. POSPELOW. Ausführliche Besprechung des am 15. April von W. POSPELOW jun. in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Falles von Jododerma, welches sich hauptsächlich im Gesicht lokalisierte und bei seiner schmetterlingsartigen Anordnung einerseits an einen Lupus erythematodes, andererseits durch den fungösen Charakter an eine Mycosis fungoides erinnerte. Bei genauerer Betrachtung fielen diese Vermutungen fort, und sowohl die Anamnese (Patientin hatte drei Fläschchen Jodnatriumlösung gebraucht) als das histologische Bild, wie auch das erneute Auftreten eines Ausschlags bei neuem Jodgebrauch bestätigten die Diagnose Jododerma vom Typus tuberosum fungoides.

2. Das Naftalan bei akutem Ekzem, von BORUCHOWITSCH. Ausgehend von dem Grundsatz, stets die kleinste wirksame Dosis zu verordnen, gibt Verfasser das Naftalan mit bestem Erfolge beim akuten Ekzem nach folgendem Rezept: Naftalani 1,0, Ol. lini. 5,0, Zinci oxyd., Cretae albae ää 3,0. MDS.

3. Über die syphilitischen Erkrankungen des Verdauungstraktus, von WOLPE. Nach einer genauen literarischen Übersicht über die syphilitischen Erkrankungen der Verdauungsorgane bespricht Verfasser sieben eigene Fälle, bei denen es sich, seiner Annahme nach, bald um ein Gumma der Kardia, bald um ein Syphiloma intestinorum, bald um eine Stenosis oesophagi luetica gehandelt haben muß, da in allen Fällen die WASSERMANNsche Reaktion positiv ausfiel und unter einer spezifischen Behandlung die subjektiven und auch objektiven Beschwerden teils nachließen, teils schwanden.

4. Ein Fall von gleichzeitiger Embolie des Gehirns, wie der Lungen nach einer Injektion von 10% sol. hydrargyr. salicyl. c. ol. vasel., von SODMANN. Einige Minuten nach Injektion einer 10%igen Lösung von Hg salicylicum trat zuerst ein Hustenanfall und darauf Amaurosis ein. Auch nach einer Woche konnte Patient noch nicht gut sehen, wenn auch die Blindheit aufgehört hatte.

Digitized by Google

April 1913, Bd. 25.

1. Ein Fall von Bromoderma vegetans, von WERSSILOWA. Beschreibung eines klinisch wie mikroskopisch charakteristischen Falles von Bromoderma vegetans auf dem rechten Unterschenkel bei einer 35jährigen Frau, welche seit fünf Jahren an Epilepsie leidet und in dieser Zeit viel Brom gebraucht hat. Unter indifferenter Behandlung und Aussetzen des Broms schwand alsbald das Bromoderma.

2. Zur Serodiagnostik der blennorrhoischen Erkrankungen, von FINKELSTEIN und GERSCHUN. Die Schlußfolgerungen der Verfasser lauten: 1. Im Organismus des Menschen wie der Tiere entwickeln sich bei der Zirkulation des Gonokokkenantigens spezifische Ambozeptoren, welche 2. durch die Methode der Komplementbindung leicht nachgewiesen werden können. 3. Die Reaktion der Komplementbindung ist bei Benutzung eines guten Gonokokkenantigens und Beobachtung der entsprechenden technischen Vorsichtsmaßregeln spezifisch für Blennorrhoe. 4. Diese Reaktion beobachtet man in einem bedeutenden Prozentgehalte bei komplizierter Blennorrhoe, in einem geringen bei akuter, nicht komplizierter Blennorrhoe. 5. Augenblicklich kann diese Reaktion in klinischer Hinsicht zur differentiellen Diagnose der Gelenkerkrankungen, der Prostatitiden, der Epididymitiden und der Erkrankung der Uterusanhänge benutzt werden. 6. Der negative Ausfall der Reaktion hat, wie auch bei anderen Infektionen, nur einen relativen Wert und schließt eine Blennorrhoe nicht absolut aus. 7. Diese Reaktion würde für die Diagnose der latenten Blennorrhoe eine größere Bedeutung gewinnen, falls der Nachweis an einem großen klinischen Material gelingen sollte, daß der positive Ausfall der Reaktion unbedingt auf das Vorhandensein lebender Gonokokken im Organismus hinweist. 8. Das Phänomen der Agglutination hat keine klinische Bedeutung für die Blennorrhoe. 9. Der opsonische Index entbehrt gleichfalls der praktischen Bedeutung bei der Blennorrhoe.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beitrag zu den Untersuchungen über Syphilis cerebrospinalis, von N. ZYLBERLASTOWNA. (Medycyna, 1912, Nr. 51 und 52.) Bei einer 45jährigen Patientin begann die Krankheit vor drei Jahren mit plötzlichen Schmerzen der ganzen rechten unteren Extremität, die langsam starr wurde; ein Jahr später entwickelte sich eine vorübergehende Ptosis des linken Oberlides, zwei Jahre später eine Parese des rechten Nervus abducans und etwas später Schmerzen in der linken unteren Extremität und im linken Arme; die nähere Untersuchung ergab außerdem Schmerzhaftigkeit des Schädels links, herabgesetzte Funktion des linken Okulomatorius, linksseitige Pupillenstarre, Pupillenreaktion rechts herabgesetzt, sowie Parese des rechten Abduzens. Langsam treten hinzu Symptome des gesteigerten intrakraniellen Druckes, also Kopfschmerzen, Schwindel, Üblichkeiten, Erbrechen und erst einen Monat vor dem Exitus (lanzinierende) Gürtelschmerzen im Unterbauche, Achillesreflexe sowie der rechte Patellarreflex kaum herabgesetzt. Es wurde Lues cerebri diagnostiziert, nichts ließ auch ein Rückenmarksleiden merken, da der Muskelatonus nicht gesteigert war; es waren auch das BABINSKIsche Phänomen, Sensibilitätsstörungen usw. nicht vorhanden. Dagegen war Diabetes insipidus aufgetreten.

Digitized by Google

Der Obduktionsbefund ergab ein solitäres Gumma der Hirnkonvexität links mit Riesenzellen sowie zahlreiche große das Rückenmark komprimierende Gummata, von der Dura ausgehend, wobei um so mehr die Toleranz des Nervengewebes gegen die Kompression auffiel. Im ganzen Nervensystem waren sonst die Gefäße spezifisch verändert. Dr. Henryk Rosmarin-Lemberg.

Ein Fall von spinaler Syphilis. Klinische und histologische Untersuchungen, von ALBERTO EVANGELISTA-Neapel. (Riforma med., 1913, Nr. 1, 2 und 3.) Ein 33jähriger Mann, der sieben Jahre vorher eine notorische Lues durchgemacht hatte, erkrankte an spinalen Symptomen, welche in Form von akuter Paraplegie auftraten und zum Tode führten. Bei der Autopsie wurde eine Meningomyelitis festgestellt. Der Verfasser bespricht den Fall ausführlich in pathologischer und histologischer Beziehung. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Parasyphilis, von SCHÖNBORN und MATZ. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Fast gleichzeitig mit dem Erscheinen der Arbeit NOGUCHIS (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, H. 11), welcher in paralytischen Hirnen und im tabischen Rückenmark Spirochäten nachweisen konnte, protestieren die Verfasser gegen die Bezeichnung Parasyphilis für die Erkrankungen der Aorta und des Herzens, der Leber und Nieren, welche weder frühsyphilitisch noch gummatös sind, bei denen aber 1. die Anamnese positiv für Syphilis ausfiel, 2. die WASSERMANNsche Reaktion positiv ausfiel oder aber 3. das Vorhandensein anderer sicher spätluetischer Prozesse eine gleichsinnige Organerkrankung des fraglichen Krankenorganes nahelegte. Der Begriff Parasyphilis ist unklar und unhaltbar. Die Nichtheilbarkeit durch Hg und Jod berechtigt nicht, ihn zu halten, bis wir durch die WASSERMANNsche Reaktion wissen, wie die Heilung durch Hg und Jod bei Lues überhaupt beschaffen ist. Werther-Dresden.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei der Nervensyphilis und Parasyphilis, von HENRI ROGER. (Presse méd., 1913, Nr. 31.) Eine Schilderung der zytologischen, physikalischen, chemischen und biologischen Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit bei der Syphilis. A. Gunsett-Straßburg.

Die Rückenmarksyphilis. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 24, 27, 30 und 33.) Der Artikel enthält nur eine übersichtliche Zusammenstellung der Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieser Erkrankung. A. Gunsett-Straßburg.

Die diagnostische Bedeutung des Schmerzes bei Tabes, von ALLAN MC LANE HAMILTON-New York. (New York med. Journ., 22. Febr. 1913.) Schmerzen sind die wichtigsten Anzeichen der beginnenden Sklerosis der hinteren Nervenwurzeln und können lange Zeit, sogar 10—12 Jahre hindurch, das einzige Krankheitssymptom bleiben. Es gehören dazu vor allem die sogenannten gastrischen Krisen, welche (nach VULPIAN, CHARCOT und FOURNIER) in dreierlei Formen: als Kolik (große gastrische Krisen), Erbrechen und Schmerzen und nur als Gastralgie auftreten, dann Nierenneuralgien, verbunden zuweilen mit Blasen- und Hodenkrämpfen; Kruralneuralgie explosiven Charakters ist ein Symptom von Tabes, führt aber, wenn mit Hodenretraktion verbunden, nicht selten zu der irrigen Annahme von Steinbildung. Zwei Arten gelegentlich auftretender Schmerzen können den bei Tabes vorkommenden ähneln, d. h. die krampfartigen Leibschmerzen als Symptom von Arteriosklerose der großen Mesenterialarterie und intermittierendes Hinken, das sowohl infolge von Arteriosklerose wie von Tabakintoxikation vorkommt; bei Tabes sind die Schmerzen immerhin länger anhaltend und heftiger. Zur Differentialdiagnose sind entscheidend die lanzinierenden Schmerzen (der

Digitized by Google

Unterextremitäten), welche oft sehr frühzeitig bei Tabes auftreten, und fehlende Pupillar- und Kniereflexe, welche allerdings erst später sich einstellen. Verwechslungen der Tabesschmerzen mit Rheumatismus und Neuralgien verschiedenster Art sind oft nur schwer zu vermeiden. Stern-München.

Zur Frage der infantilen und juvenilen Tabes, von HANS BARKAN-San Francisco. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Verfasser berichtet aus der FUCHSschen Augenklinik drei neue Fälle von kindlicher Tabes, von der bisher überhaupt in der Literatur 67 Fälle beschrieben worden sind. Er schließt: „daß die im kindlichen Alter auftretende nervöse Erkrankung, welche als Symptome primäre Atrophie des Nervus opticus mit ARGYLL-ROBERTSON, Anisokorie, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Abwesenheit von Ataxie, manchmal Anwesenheit von lanzinierenden Schmerzen, Parästhesien, trophische Veränderungen und Blasenbeschwerden aufweist, als Tabes juvenilis im Anschluß an hereditäre oder akquierierte Lues betrachtet werden muß und der Tabes der Erwachsenen gleichsteht. Einige Erscheinungen, wie die Optikusatrophie, sind bei ihr häufiger, andere, ROMBERG und Ataxie, seltener. Schließlich besteht noch der Unterschied, daß das weibliche Geschlecht entschieden überwiegt.

Die Prognose ist eine absolut ungünstige. Quecksilber scheint den Lauf der Erkrankung nicht aufzuhalten, sondern manchmal sogar zu beschleunigen. Unter 16 seit 1908 zur Beobachtung gekommenen Fällen ist in 13 die WASSERMANNsche Reaktion vorgenommen worden; 11 positiven Befunden stehen 2 negative gegenüber. Dieser Umstand der Häufigkeit eines positiven Ergebnisses der WASSERMANNschen Reaktion ist darum besonders bemerkenswert, weil er wesentlich häufiger bei kindlicher Tabes sich findet als bei jener der Erwachsenen.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von juveniler Tabes, von T. GILLMANN-MOORHEAD. (Dublin Journ., März 1913.) Ein 22jähriges Mädchen kam wegen Schmerzen in den Beinen und Unsicherheit beim Gehen zur Behandlung. Es wurde eine typische Tabes dorsalis konstatiert. Es dürfte sich um eine kongenitale Syphilis handeln.

Richard Frühwald-Leipzig.

Prätabische Osteoarthropathie, von GANGOLPHE. (Lyon méd., 1913, Nr. 10.) Der 57jährige Patient hatte vor 32 Jahren Syphilis akquiriert. Vor 1½ Jahren glitt er aus und verstauchte sich sein linkes Fußgelenk; es trat eine enorme Schwellung auf, doch bestanden keine Schmerzen. Mit der Zeit wurde der Kranke wieder mobil, doch blieb die Schwellung des Gelenks bestehen. Man fühlt Ossifikationen der Fibula, Tibia und des periartikulären Gewebes. Im Röntgenbilde zeigen sich auch solche der Achillessehne. Verfasser hält diese Veränderungen für präluetischer Natur, obwohl außer dem Verschwinden des Geschlechtstriebes nichts auf eine Rückenmarkserkrankung hinweist. Richard Frühwald-Leipzig.

Tabische Arthropathie der Hüfte, von MURARD. (Lyon méd., 1912, Nr. 49.) Der Kranke hatte eine Deformität der Hüfte gezeigt, die wie ein Neoplasma imponierte. Doch wurde wegen bestehender tabo-paralytischer Symptome die Diagnose auf tabische Arthropathie gestellt. Der Kranke kam später plötzlich zum Tode. Das anatomische Präparat zeigte nun starke neugebildete Knochenmassen auf dem Schambeinbogen und dem Femur. Der Oberschenkelkopf war spontan abgebrochen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Tabes mit Salvarsan, ihre Technik, ihre Resultate und ihre Gefahren, von LEREDDE. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 14.) Die erste Injektion soll mit einer Dosis vorgenommen werden, welche noch nie beim Er-

Digitized by Google

wachsenen einen Schaden gemacht hat, also mit 0,2 Salvarsan oder 0,3 Neosalvarsan; acht Tage später wird eine zweite von 0,4 resp. 0,6 vorgenommen, und die Serie wird durch eine dritte und vierte mit einer Normaldosis von 0,6 resp. 0,9 beendet. Macht eine Injektion eine Fiebersteigerung über 38° oder Kopfschmerzen, so darf die folgende nicht mit einer höheren Dosis vorgenommen werden. Gewöhnlich aber soll man am Ende der Serie, sei es auch erst nach 5—6 Injektionen, die Normaldose erreichen, außer in sehr schweren Fällen oder bei Kranken mit floriden bulbären Läsionen, bei welchen man mit noch geringeren Dosen beginnen muß. Ist einmal die Normaldosis (0,6) erreicht, so ist die Bahn frei, und die späteren Injektionen können mit dieser Dosis vorgenommen werden. Höchstens kann man bei der zweiten Serie die erste Injektion auf 0,4 Salvarsan (0,6 Neovalvarsan) erniedrigen. Im Beginn der Behandlung ist eine Lumbalpunktion nützlich. Sie ist nötig, wenn der Blut-WASSERMANN negativ ist. Vor jeder Serie soll letztere Reaktion geprüft werden. Ist sie negativ geworden, so macht man eine neue Lumbalpunktion. Man vermeidet so ein zu frühes Aufhören mit der Therapie.

Die Resultate sind, wenn man genügend lange behandelt, sehr günstig und konstant beinahe in jedem Falle nachzuweisen und bestehen in einem Verschwinden der frischen Symptome, in einem Besserwerden alter Symptome und in einer allmählichen Veränderung der WASSERMANNschen Reaktion. Bei den seit zwei Jahren behandelten Kranken sind einige schon 6, 8, 10 und 15 Monate ohne neue Erscheinungen geblieben. Kein Tabiker ist bei dieser Behandlung gestorben, auch keine schwere Nebenerscheinung konnte konstatiert werden. Als Kontraindikationen gelten nicht syphilitische Nierenläsionen, Herzmuskel- und Leberaffektionen. A. Gunsett-Straßburg.

Eine neue Behandlung der Tabes, von JAWORSKY. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 16.) Der Verfasser empfiehlt eine sogenannte vertebrale Reflexotherapie. Durch energisches Perkuttieren der Wirbelsäule soll ein Rückgang der Tabessymptome erzielt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Hautsyphilide im Verlaufe von Tabes und Paralysis progressiva, von J. WOJCIECHOWSKI. (Medycyna, 1912, Nr. 38.) Der Verfasser beschreibt unter Erwähnung von vier Fällen Spillmanus und Perrius einen selbst beobachteten Fall von Paralysis progressiva, die 26 Jahre nach der Infektion sich entwickelte, wobei gleichzeitig ein ulzeroserpiginöses Syphilid unter dem rechten Schulterblatte konstatiert wurde, das unter spezifischer Therapie schwand, wogegen das Nervenleiden unbeeinflußt blieb. Es ist daher im Anfang eines nervösen Leidens bei negativer Anamnese stets nach Hauterscheinungen zu fahnden. H. Rosmarin-Lemberg.

Spirochaetae pallidae im Gehirne von Paralytikern, von A. MARIE, C. LEVADITI und J. BANKOWSKI. (Bull. méd., 1913, Nr. 34.) Verfasser haben in Bestätigung der Befunde von NOGUCHI unter 25 Fällen von Paralyse zweimal Spirochäten mit der Silbermethode und einmal mit dem Dunkelfeld- und Tuscheverfahren nachweisen können. Richard Frühwald-Leipzig.

Infantile Paralyse, von F. SLUYS. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 7.) Die 13jährige Patientin war bis vor drei Jahren gesund, als allmählich ihre Geisteskräfte abzunehmen begannen und sich das Bild der progressiven Paralyse entwickelte. Vater und Mutter hatten bzw. haben eine ignorierte Syphilis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der progressiven Paralyse, von O. HASSMANN und H. ZINGERLE-Graz. (Centralbl. d. Nervenheilk., 1913, Nr. 1.)

Digitized by Google

Die Variabilität des Krankheitsbildes der progressiven Paralyse ergibt sich aus dem an Zahl und Intensität wechselnden Zusammenwirken von Faktoren, die neben der eigentlichen Krankheitsursache die Gestaltung des Krankheitsbildes mit beeinflussen. Solche Faktoren sind, abgesehen von der Dauer und Intensität der Einwirkung der eigentlichen Krankheitsursache: Art und Lokalisation des anatomischen Prozesses, ferner die durch Rasse, Alter und Geschlecht gegebene Disposition, ferner begleitende körperliche Symptome und endlich die spezielle Gehirnlokalisation. Das gilt auch von der auf luetischer Grundlage beruhenden progressiven Paralyse, zu deren Entwicklung nach NÄKE noch eine spezifische, meist angeborene, selten erworbene Disposition des Gehirns notwendig ist. Im übrigen hat sich das Krankheitsbild der progressiven Paralyse in den letzten Dezennien insofern geändert, als jetzt die milderen, schneller zur Demenz führenden Formen die häufigeren sind, was die Verfasser ebenso erklären wie die Abschwächung des syphilitischen Krankheitsbildes überhaupt, entweder durch eine durch Generationen hindurch erworbene Gewöhnung des Körpers an das Gift oder dadurch, daß der hauptsächlichste und wichtigste Faktor — das syphilitische Virus selbst — eine allmähliche Abschwächung erfahren hat. Lasch-Breslau.

Nukleinsäurebehandlung der progressiven Paralyse, von C. TSIMINAKIS-Athen. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Verfasser teilt 15 Fälle mit, in denen sichtliche Remissionen beobachtet worden sind, die er auf die Behandlung von Nukleinsäure zurückführen zu müssen glaubt. Er hat nie irgend welche unangenehmen Einwirkungen dabei gesehen und glaubt darum, daß die Nukleinsäurebehandlung bei der progressiven Paralyse der mit Tuberkulin vorzuziehen ist, kann aber über die Dauer der Remissionen keine Angaben machen. W. Lehmann-Stettin.

Über Behandlungsweise mit Natrium nucleinicum und Salvarsan bei progressiver Paralyse, unter besonderer Berücksichtigung der Veränderungen des Liquor cerebrospinalis, von ERNST JOLOWICZ-Leipzig. (Neurolog. Centralbl., 1913, Nr. 4.) Veranlaßt durch die von WAGNER, PILCZ und anderen inaugurierte Therapie der progressiven Paralyse durch Einimpfung fiebererregender Mittel, Tuberkulin usw., hat JOLOWICZ Versuchsreihen angestellt, bei Paralytikern eine Fieberperiode mittels mehrfacher Injektionen von Natrium nucleinicum zu erzeugen und dann Salvarsanbehandlung einzuleiten. Zur Kontrolle für seine Erfolge dienten ihm 1. die vierfachen Reaktionen (NONNE, APELT, WASSERMANN) und 2. die klinische Beobachtung über den Verlauf der Krankheit. Unter 25 Fällen hat er von dieser Therapie viermal einen üblen Ausgang gesehen, indem unmittelbar nach den Salvarsaninjektionen einmal ein Todesfall und einige Male gehäufte apoplektische Insulte eintraten. Die tabellarische Zusammenstellung bringt für die sich besonders für die Frage Interessierenden einen guten Überblick. Ich möchte mich hier auf das Resümee des Verfassers beschränken: Bei 25 Fällen von vorwiegend einfach dementen, fortgeschrittenen Paralysen konnte durch Behandlung mit Natrium nucleinicum und Salvarsan in der angegebenen Intensität (in 8—14tägigen Abständen 1,5—4,0 g Natrium nucleinicum Merck in 10%iger Lösung, meist intraglutäal bei gleichzeitiger Schmierkur oder in der Mehrzahl der Fälle nach Abschluß der Fieberbehandlung, der nach dreimaligem Temperaturanstieg über 38,5° als erreicht galt, zwei- bis dreimal je 0,3—0,4 g Salvarsan intravenös) eine irgendwie nennenswerte Beeinflussung des Krankheitsbildes nicht gefunden werden. Auch die pathologischen Veränderungen der Lumbalflüssigkeit konnten (in 16 untersuchten Fällen) durch die eingeschlagene Therapie nicht sichtlich verändert werden. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Das Problem der Paralysetherapie, von Oskar Fischer-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2 und 3.) Aus einigen selbst beobachteten Fällen schließt Verfasser auf die Unwirksamkeit und die große Gefährlichkeit der Salvarsanbehandlung bei Paralyse. Es traten selbst in leichtesten Fällen durch die Salvarsanbehandlung schwere, sogar zum Tode führende Verschlimmerungen auf. Bei zwei Paralytikern, die nach Salvarsanbehandlung zugrunde gingen, wurden bei der Sektion enorme Meningealverdickungen gefunden. Daraus ist zu schließen, daß das Salvarsan selbst vielleicht die Ursache für die entzündliche Meningitis ist resp. eine schon vorhandene noch steigert.

Bessere Erfolge weisen die Leukozytosetherapien mit Tuberkulin und Nuklein auf, mit denen an Heilung grenzende Remissionen erreicht werden können.

H. Lautsch-Graudenz.

Salvarsan bei progressiver Paralyse, von E. H. Trowbridge-St. Joseph-Mo. (Journ. amer. med. assoc., 8. Febr. 1913.) Nach früheren Erfahrungen des Verfassers hat Salvarsan, bei progressiver Paralyse subkutan einverleibt, in therapeutischer Beziehung völlig versagt, und die Injektionen waren so schmerzhaft, daß er zur intravenösen Methode übergegangen ist. Aus den Berichten über acht in solcher Weise behandelte Paralytiker ist zu ersehen, daß Salvarsan weit davon entfernt ist, uns irgend welche Hoffnung auf eine Dauerheilung zu geben.

Fendt-Wiesbaden.

Parrotsche Pseudoparalyse mit unormalem Sitze, von Bonnet und Garnier. (Lyon méd., 1913, Nr. 13.) Das anscheinend gesunde, neugeborene Kind einer florid syphilitischen Frau erlitt an symmetrischen Stellen der Oberarmdiaphyse Frakturen. Es handelt sich nicht eigentlich um eine Parrotsche Lähmung, da diese eine Osteochondritis ist. Zwei intramuskuläre Neosalvarsaninjektionen hatten glänzenden Erfolg.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die syphilitische Natur der Chorea von Sydenham (??), von Milian. (Bull. méd., 1912, Nr. 96.) Die Beobachtung von 17 Fällen von Chorea hat dem Verfasser gezeigt, daß in 73,33% Syphilis sicher, in 13,33% wahrscheinlich, in ebensoviel Fällen zweifelhaft ist. Er glaubt also, daß die Syphilis, und zwar die Erbsyphilis, eine große Rolle in der Ätiologie der Chorea spielt. Jene äußert sich meist nicht mit floriden Erscheinungen (Gummen, Knochenleiden), sondern mehr unter der dystrophischen Form.

Es entwickelt sich im Anschlusse an diese Mitteilung eine lebhafte Diskussion, in der der Meinung Milians vielfach widersprochen wird.

Richard Frühwald-Leipzig.

Chorea syphilitica, von G. Mantella-Catanzaro. (Pensiero Med., 1913, Nr. 7.) Bei einem achtjährigen Mädchen, welches keine Lueserscheinungen aufwies, aber seit langer Zeit in einer luetischen Familie und in fortwährendem Kontakt mit den Gliedern derselben lebte, entwickelte sich eine Chorea von Sydenham. Jede sonstige Therapie blieb fast erfolglos. Verfasser stellte Diagnose auf luetische Chorea; de Amicis-Neapel bestätigte die Diagnose. Eine antiluetische Behandlung (Hg) beseitigte alle Symptome; das gleiche geschah bei zwei späteren Rezidiven der Krankheit.

K. Rühl-Turin.

Die syphilitische Natur der Chorea von Sydenham, von H. Grénet und Sedillot. (Bull. méd., 1913, Nr. 7.) Zwei Kinder mit Chorea, das eine ist erbsyphilitisch, das andere frei von Syphilis. Bei dem ersteren trat die Chorea mit spezifischer Iritis auf.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Schwere Chorea bei einer Syphilitischen, von APERT. (Bull. méd., 1913, Nr. 15.) Ein 18jähriges Mädchen mit Zeichen einer Erbsyphilis und mit akquirierter Syphilis wurde von einer außerordentlich schweren, mit Fieber und Delirien einhergehenden Chorea befallen. Die Jod-Quecksilberbehandlung war erfolglos, dagegen wurde durch Salizyl Besserung erzielt. Auf die Chorea folgte ein lange anhaltender Zustand von schlaffer Lähmung. Richard Frühwald-Leipzig.

Antisyphilitische Prophylaxe mittels Salvarsan, von JEANSELME. (Bull. soc. franç., de prophyl. san. et mor., 1913, Nr. 3.) Mit entsprechender Vorsicht angewandt, kann Salvarsan große Dienste in der Syphilisprophylaxe leisten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur persönlichen Prophylaxe der Syphilis. Zugleich ein Beitrag zur Frage, auf welche Weise von latentsyphilitischen Prostituierten Infektionen ausgehen können, von F. BRUCK-Berlin-Charlottenburg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Gewissermaßen als Entgegnung auf respektive als Ergänzung zu der Publikation von MÜLLER (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 6), der die serodiagnostische Untersuchung von Prostituierten als wünschenswert hinstellt, legt B. dar, daß sich der mit einer Protituierten Verkehrende durch das von einem etwaigen syphilitischen Vorgänger an den Genitalorganen der betreffenden hinterlassene Sekret infizieren könne, auch ohne daß die Puella an sich in dem betreffenden Augenblick infektiös war. Es dürfte sich empfehlen, dieses nicht genug beachtete Moment weiteren Kreisen zur Kenntnis zu bringen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis bei Schwangeren, von A. F. PLICQUE. (Bull. méd., 1913, Nr. 28.) Referierende Übersicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Die neue Methode der Syphilisbehandlung, von LEREDDE-Paris. (Soc. de l'internat. des hôp. de Paris, 23. Mai 1912.) Die Behandlung der Syphilis ist dank der Entdeckung der neuen Behandlungsmethode in voller Revolution, weil wir, wenn wir uns auf die Serodiagnostik stützen, die verschiedenen Methoden vergleichen können, die letzteren bestimmen oder die Ärzte veranlassen, die eine zu verlassen resp. die andere anzuwenden. In der Behandlung sollen wir uns nicht nur vom klinischen, sondern auch vom serologischen Resultat leiten lassen. Vielleicht wird das Quecksilber in einigen Jahren vergessen sein, vielleicht wird das Salvarsan an seine Stelle treten. Die Syphilis bietet uns vielleicht das erste Beispiel einer Krankheit, bei der die Ärzte gezwungen sind, die Behandlung nach einer bestimmten positiven Methode zu studieren, die wir nur durch Übung erreichen können. Chrzelitzer-Posen.

Die rationelle Syphilisbehandlung im Lichte der modernen Forschungen, von J. S. EISENSTAEDT-Chikago. (New York med. Journ., 16. Nov. 1912.) In einer kurzen Zusammenfassung der bekannten Forschungsergebnisse über den Syphiliserreger (Spirochaeta pallida), die WASSERMANNsche Reaktion und die Salvarsanbehandlung kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß in erster Linie eine genaue Diagnose notwendig sei, wozu nun die mikroskopische Untersuchung des Primäraffekts große Dienste leiste; dann muß der Patient auf einem guten Allgemeinbefinden erhalten, wobei tonische und Eisenpräparate nicht zu vergessen sind, und jedenfalls mit Quecksilber behandelt werden, ohne zu übersehen, daß Salvarsan in Verbindung mit Quecksilber in vielen Fällen von großem Werte sei. Die Behandlung muß fortgesetzt werden, bis der Patient klinisch geheilt ist, und dann muß er wenigstens noch $1^1/_2$ Jahr unter Beobachtung bleiben, während welcher Zeit er keiner Behandlung unterzogen, aber sein Blut wiederholt untersucht wird. Erst dann, wenn die WASSERMANNsche Reaktion mehrmals negativ bleibt, ist der Schluß berechtigt, daß Patient vollständig und rationell behandelt war.

Stern-München.

Digitized by Google

Therapie der Syphilis, von J. L. Mortimer-New York. (New York med. Journ., 23. Nov. 1912.) Übersicht über die drei Hauptmittel der Syphilisbehandlung. Salvarsan kommt außer bei maligner Syphilis in Betracht 1. bei Hg-Idiosynkrasie, 2. bei Patienten, die nur wenig oder gar nicht auf Quecksilber reagieren, 3. bei schweren Fällen von Paronychie, Leukoplakie usw., wo Hg nur wenig wirksam ist, aber Salvarsan vorzügliche Erfolge aufweist, und 4. bei Darm-, Nieren- und Störungen anderer Organe, wo Hg zu meiden ist. Vorgeschrittene Kachexie, Tabes dorsalis und Parese, Herzmuskelentartung und mit vorgeschrittenem Alkoholismus verbundene Gefäßstörungen bilden Kontraindikationen für die Anwendung des Salvarsans. Die intravenöse Methode ist die wohl allein nur mehr anzuwendende, M. beginnt mit zwei Infusionen von 0,3—0,4 in 3—8 tägigen Zwischenräumen und gibt 3—4 Wochen später eine dritte Infusion. Kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber (am besten in Form von Ol. cinereum) gibt die besten und anhaltendsten Resultate. Serodiagnostisch teilt M. die Syphilitiker in zwei Gruppen ein: 1. solche, die auf längere Zeit Rückfälle und positive Reaktion zeigen und daher prolongierte wiederholte Behandlung haben müssen, und 2. solche, die relativ rasch negative Reaktion anhaltend nach der ersten Kur zeigen; wenn auch damit eine erfolgreiche Kur bewiesen ist, so dürfen wir den Patienten erst nach mehrmals wiederholtem negativem Ausfall der Reaktion als geheilt betrachten. Stern-München.

Moderne Syphilisbehandlung, von K. Zieler. (Klin.-ther. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Verfasser führt folgendes aus: Sowade, Noguchi u. a. haben die Spirochaeta pallida in Reinkulturen gezüchtet und damit bei Versuchstieren Allgemeinsyphilis erzeugt. Die Wassermannsche Seroreaktion ist keine Organdiagnose, sie soll im allgemeinen nur zur Unterstützung der klinischen Diagnose herangezogen werden. Wichtig ist auch die Untersuchung der Spinalflüssigkeit besonders in späteren Stadien der Erkrankung. Jeder Syphilitiker soll möglichst schnell nach der Ansteckung behandelt werden. Es ist zweifellos möglich, jede Syphilis, wenn die Behandlung früh genug begonnen wird, mit einer einmaligen, sehr energischen Allgemeinbehandlung zu heilen, und die Verhütung einer späteren Tabes oder Paralyse erscheint aussichtsreich. Die Behandlung muß chronisch intermittierend oder chronisch permanent durchgeführt werden, bis die Seroreaktion dauernt negativ ist. Unter den verschiedenen Arten der Quecksilberbehandlung hält Verfasser die „Depotbehandlung" mit unlöslichen Quecksilbersalzen für die beste und verwendet hauptsächlich das Salizylquecksilber, das graue Öl und das Kalomel. Das Salvarsan hält Verfasser an akuter Wirkung zweifellos dem Quecksilber für überlegen und will es besonders im Frühstadium stets angewendet haben, da es die Spirochäten abtötet. Am besten ist die kombinierte Behandlung, und bei energischer kombinierter Behandlung gelingt eine abortive Heilung wesentlich häufiger als früher, und Neurorezidive treten seltener auf. Eine absolute Kontraindikation gegen die Anwendung des Salvarsans erkennt Verfasser nicht an, spricht sich aber gegen zu hohe Dosen besonders bei geschwächten Personen aus. Die beste Art der Anwendung ist die intravenöse. Für sehr energische Kuren empfiehlt Verfasser 8—12 Infusionen bei 3—4 tägigen Zwischenräumen, also in 6—8 Wochen 4—6 g Salvarsan als Gesamtdosis, für mildere Kuren dürften neben energischer Hg-Anwendung wöchentliche Infusionen ausreichen. Das Neosalvarsan hält Verfasser für keinen wirklichen Fortschritt, es zersetzt sich sehr schnell, man kann nur kleine Dosen geben, es ruft ekzemartige Dermatitiden hervor. Es ist dem Salvarsan vorzuziehen bei Neigungen zu Magenstörungen und zur Zyanose. Bei frischer Ansteckung, besonders bei noch negativer Wassermannscher Reaktion, soll man stets bald mit kräftigen Salvarsandosen beginnen. Bei Symptomen von seiten des Zentralnervensystems oder bei stärkeren luetischen Erscheinungen immer vorher 8 bis 14 Tage erst mit Quecksilber behandeln. In allen Fällen soll man auch nach einer Frühbe-

Digitized by Google

handlung eine energische Kur besonders gut mit grauem Öl wegen der intensiven Wirkung nebst Salvarsan wiederholen nach etwa 8—10 Wochen. Ist die Wassermannsche Reaktion nach Beendigung der Behandlung nach etwa $^3/_4$—1 Jahr auch nach einer provokatorischen Salvarsaninfusion negativ, so kann man wohl die Krankheit als beseitigt ansehen. Nach Dreyfus verhalten sich Fälle mit syphilitischen Veränderungen in der Spinalflüssigkeit der spezifischen Therapie gegenüber sehr hartnäckig und sollen daher möglichst intensiv und wiederholt behandelt werden. In ganz frischen Fällen (Primäraffekt mit negativer Wassermannscher Reaktion) genügt wohl oft eine einzige energische kombinierte Kur, bei sonstiger Frühsyphilis genügen 2—3 energische Kuren. Auch im Spätstadium möglichst energische Behandlung. Eine Intensivbehandlung verbürgt bessere Erfolge als früher bei energischen Quecksilber- und Salvarsandosen, beweisend sind die häufiger als früher gelungenen Abortivbehandlungen, und die Aussichten, eine endgültige Heilung des einzelnen Syphilisfalles zu erzielen, sind gegen früher bedeutend bessere.

Fransius-Dresden.

Die Prinzipien der modernen Syphilistherapie, von Neisser-Breslau. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Als Resultat der in den letzten zehn Jahren erheblich vertieften Kenntnis der Syphilis stellt Neisser folgende Grundsätze für die Behandlung auf: 1. Experimentelle Forschungen haben gezeigt, daß die Allgemeininfektion lange vor Ausbruch der sekundären Erscheinungen da ist, daher ist möglichst zeitig mit der Behandlung zu beginnen, sobald Spirochäten nachweisbar sind oder Wassermann positiv ist. In dringenden Fällen soll, damit alle Chancen frühzeitiger Behandlung wahrgenommen werden können, Behandlung auch ohne sichere Diagnose erlaubt sein. 2. An Stelle der bisher geübten chronisch-intermittierenden Behandlung hat eine mehr chronische Behandlung zu treten, d. h. eine Zuführung von Quecksilber in solchen Abständen, daß immer noch Reste des früher zugeführten Medikaments vorhanden sind. Bei der dadurch erhöhten Intensität der Behandlung darf vielleicht die Gesamtdauer abgekürzt werden. 3. Für die Dauer der Behandlung ist maßgebend der Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Positiver beweist, daß Fortzetzung der Kur noch erforderlich ist. „Negative Reaktion, in großen Abständen wiederholt, ist ein Zeichen fortschreitender oder sogar schon vollzogener Heilung". Immerhin ist die Frage des Wertes der negativen Reaktion für die definitive Heilung noch nicht ganz geklärt. Von endgültiger Gesunderklärung eines Syphilitikers auf Grund negativer Reaktion sollte jedoch grundsätzlich auch der Liquor cerebrospinalis untersucht werden, um latente Veränderungen des Zentralnervensystems schon frühzeitig festzustellen. 4. Lokalbehandlung der Primäraffekte und kontagiöser Haut- oder Schleimhautaffektionen sollten im jeden Fall geübt werden, doch nie zur Vernachlässigung der Allgemeinbehandlung führen. Von den Medikamenten sollten in jedem Fall Salvarsan, Jod und Quecksilber gegeben werden, außerdem auch alle Hilfsmittel der Hydro- und Balneologie herangezogen werden.

H. Lautsch-Graudenz.

Über den therapeutischen Wert der Quecksilberinunktionen gegen Syphilis, von Wahrszewski-Warschau. (Medycyna, 1912, Nr. 32, 33.) Ohne den Wert der neuen Antisyphilitika gering zu schätzen, glaubt jedoch der Verfasser, daß es verfrüht wäre, den Wert und die therapeutische Bedeutung derselben zu überblicken, indem die Versuchszeit keine lange sei. Um so mehr glaubt der Verfasser deshalb berechtigt zu sein, auf den hohen Wert des Quecksilbers als Antisyphilitikum hinzuweisen, zumal auch der Erfinder des Salvarsans — eines der mächtigsten unter den neuen Spezifika — die kombinierte Therapie empfiehlt. Schließlich kommt der Verfasser auf die verschiedenen Anwendungsarten des Quecksilbers zu sprechen und behauptet nach 15jähriger Erfahrung, daß man den Inunktionen eine alle anderen Applikationsarten übertreffende Wirkung

Digitized by Google

zusprechen muß, indem die Inunktionen eine ausgezeichnete Wirkung des Quecksilbers auf den Organismus gewährleisten, dabei aber gleichzeitig keinen schädlichen Einfluß üben. Den besten Beweis dafür liefert die Wassermannsche Reaktion, welche bei 150 mit Inunktionen und anderen 150 mit Injektionen behandelten Kranken (ceteris paribus) ausgeführt wurde. Sie ergab negativen Befund in 85% nach Inunktionen, aber nur in 15% nach Injektionen, welche Ergebnisse auch in anderen Laboratorien als richtig sich erwiesen. Verfasser empfiehlt zuerst mit kleineren Dosen des Unguentum hydrargyri cinerei c. vasogenu zu beginnen, und zwar mit 2 g, um dann nach 5—10 Einreibungen auf 2,50—3,00 zu steigen, und nur selten war er gezwungen, größere Dosen zu applizieren. H. Rosmarin-Lemberg.

Medikamentöse, chronische Arsenvergiftung bei einem Lueskranken, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1912, Nr. 48.) Nach kurzer Einleitung über den Wert des Arsens in der Syphilistherapie bringt Verfasser folgende Krankheitsgeschichte: Kräftiger Mann, zurzeit Ulan, zeigt am 23. Januar 1912 indolente Skleradenitis inguinalis, Phimose wegen nässender Papeln, die auch am Anus sitzen. Am 4. Februar Inzision des Präputiums, die am 12. Februar geheilt ist. Nun bis 27. März sieben Hg-Salizyl-Injektionen à 2 ccm mit Abheilung aller Papeln und Geschwüre. 24. April Papeln am Skrotum rezidivierend, Schwächegefühl und lichenartiges Exanthem am ganzen Körper. Patient bekommt Solutio Fowleri. Am 28. Mai an Stelle der Lichenknötchen unter Temperatursteigerung pralle Bläschen; die Haut stößt sich kleienartig ab, am 25. Juni am ganzen Körper Epidermis abgestoßen, Korium bloßliegend, Temperatur 40°; am 26. Mai bei 28 Tropfen Arsen blutige Stuhlgänge, Ödem der Extremitäten; in den nächsten Tagen stark sezernierende Konjunktivitis. Allmählich hörten die blutigen Stühle auf, und auch die übrigen Erscheinungen besserten sich bis 10. Juli. Trotz bereits bestehender Melanose Arsenkur fortgesetzt, und zwar in mehrfachem Turnus von 4—30 Tropfen pro die und zurück; bis 20. September. Am 20. September Status: Patient heiser, Kratzen im Halse, die Haut des ganzen Körpers braun gefärbt mit einigen pigmentlosen Stellen. Haut in der Achselhöhle dunkelgrauschwarz, an der Unterlippe am Schleimhautübergange und am Zahnfleisch blauschwarze Streifen. An beiden Fersen bis an die Dorsal- und Vorderseite der Unterschenkel starke Verdickungen mit hornartigen Effloreszenzen. An Stirn, Nacken und Kopfhaut schwammige Wucherungen, leicht eindrückbar, mit gelben Borken, in der Nähe des Nackens zosterähnliche Effloreszenzen, Fingernägel brüchig, an der Stirn ein eiterndes Geschwür von Kronenstückgröße. Ein selten zu beobachtendes Bild von Arsenmelanose und Keratose. Zu der am 26. Juni bestehenden akuten Arsenvergiftung gesellten sich, da Arsen weitergegeben wurde, neben der Melanose nach weiteren 6 Wochen die Erscheinungen der chronischen Arsenintoxikation. Von 23. September an Bäder, 5% Salizylsalbe auf die keratotoxischen Stellen, kräftige Kost, Arsen weggelassen. Besserung bis auf die Melanose und das Geschwür auf der Stirn. Wassermann-Reaktion stark +. Salvarsan aus Furcht vor anaphylaktischen Erscheinungen aufgegeben. Am 29. September eine Inunktion mit Ung. Hydrarg. ciner. 5,0 g. Nach zwei Einreibungen Exanthem am ganzen Körper, Augenlider ödematös, Temperatur 39,5°. Delirien. Hohe Darmirrigation, heißes Bad, heißer Tee mit Aspirin bewirken Schweißausbruch. Temperatur normal. Haut löst sich wieder in Fetzen. Puderbehandlung bis 3. Oktober. Die neugebildete Haut immer wieder braun, wenn auch allmählich bei der dauernden Abschuppung weniger braun. Nun Versuch mit Jod, zuerst 2,0 g pro die, in sieben Tagen 17 g. Nun neuen Versuch mit Hg in anderer Applikationsweise und zwar mit Zittmannschem Dekokt mit Hg. 2500 g Decoctum forte und 2500 g Decoctum mite auf 10 Tage verteilt, dann die erste Injektion Hg-Salzyl 2 ccm. Seit dieser Zeit hebt sich das Allgemeinbefinden, nach fünf Injektionen und Jodgebrauch Wassermann-Reaktion negativ und alle Erscheinungen zurückgegangen.

Digitized by Google

Dieser Fall beweist nach dem Verfasser, wie individualisierend die Behandlung der Syphilis einzurichten sei. (Sollte nicht der Arsengebrauch etwas zu weit getrieben worden sein? Der Referent.) Lasch-Breslau.

Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder, von Marie Holth-Kristiania. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Verfasserin hat einen außerordentlich günstigen Einfluß des Salvarsans bei syphilitischen Schwangeren auf die Lebensfähigkeit der Kinder gesehen, die sich dadurch äußerte, daß dieselben ausgetragen und zum größten Teil symptomfrei waren. Sodann erwähnt sie einen Fall, wo bei einer Stillenden, die gleichzeitig mit Salvarsan behandelt wurde, die syphilitischen Effloreszenzen ihres Säuglings schnell abheilten. Fischer-Dresden.

Zur Bewertung der internen Hg-Darreichung, von R. Polland-Graz. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Verfasser hat mit Merjodin (5—6 Pastillen pro Tag bis zum Verbrauch von 150—200 Stück) befriedigende Resultate in der Syphilisbehandlung erzielt, so daß er das Mittel für solche Fälle empfehlen zu können glaubt, welche aus irgend einem Grunde einem energischeren Verfahren nicht zugänglich sind. Er konstatiert, daß nach Einnehmen von Merjodin ziemlich prompt und ausgiebig Hg im Urin nachweisbar ist. Die günstige klinische Wirkung schreibt er der zweckmäßigen Art der Verbindung von Jod mit Quecksilber zu. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie bei Syphilis unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen, von Erhard Riecke-Leipzig. (Fortschr. d. Med., 1913, Bd. 31, H. 1—2.) Der Rückblick, den Riecke über die zwei Jahre der Salvarsanära gibt, konzentriert sich auf drei Punkte. 1. Technik der Einverleibung, 2. Giftigkeit, 3. Wirksamkeit des Mittels.

In bezug auf Punkt 1: „die Technik der Einverleibung", liegen die Verhältnisse am klarsten. Die intramuskulären und die subkutanen Injektionen haben trotz aller Versuche, die zu injizierenden peinlichst neutralisierten Flüssigkeitsmengen auf ein Minimalmaß zu reduzieren, ohne die darin enthaltenen Salvarsandosen allzusehr herabzusetzen, zu solch unangenehmen Nebenerscheinungen (Abszesse und Nekrosen) geführt; die Beurteilung der Schnelligkeit und Intensität der Resorption lassen sie vermissen, so daß sie fast gänzlich verlassen sind, mit Ausnahme des Joha, das noch gelegentlich Anwendung findet. Aus diesen Gründen behauptet zurzeit die Methode der endovenösen Infusion fast ausschließlich das Feld. Verfasser rekapituliert nun zuerst die Erfahrungen, die mit dem sogenannten „Wasserfehler" gemacht worden sind, und ist geneigt, die meisten Unglücksfälle, die bis zur Ausschaltung desselben vorgefallen sind, demselben zur Last zu legen, wenn auch diese Erklärung nicht durchweg ausreicht und für die einschlägigen, vom Wasserfehler sicher unabhängigen Fälle die Stichworte: Idiosynkrasie, Anaphylaxie, Neurorezidive, akute Todesfälle zur Erörterung kommen. Daß es eine Intoleranz des Organismus gegen As. gibt, ist abgesehen von anderen Gebieten der Medizin in der Dermatotherapie von anderen Erkrankungen, z. B. Lichen ruber, seit langer Zeit bekannt. Verfasser meint aber, daß diese Intoleranzfälle viel zu selten seien, um uns vom Gebrauch des Salvarsans abzuhalten; höchstens könne man vorsichtshalber — wie es z. B. Jadassohn tut — anfangs eine Toleranzprüfung mit kleinen Dosen vornehmen. Die früher oder später nach Salvarsaninjektionen beobachteten Nebenerscheinungen, wie: Fieber, Benommenheit, Exanthem, Erbrechen, Ödem usw., faßt der Verfasser, mindestens ebenso oft als Folgeerscheinungen der Toxizität des Salvarsans in Beziehung zu der vorhandenen Infektion auf, wie als Folge einer überempfindlichen, individuellen Veranlagung; dafür spricht die Tatsache, daß in vielen Fällen, nach einer mit stürmischen Reaktionserscheinungen verlaufenen ersten Injektion oft eine zweite, dritte, vierte Injektion glatt vertragen wird, während man bei einer wirklichen Idiosynkrasie mehr eine allmähliche

Digitized by Google

Gewöhnung des Organismus an das Mittel erwarten müßte. In der Frage der erworbenen Überempfindlichkeit — der Anaphylaxiefrage — beschränkt sich Riecke auf die Wiedergabe der Ansichten von Ehrlich, Wechselmann, Gennerich usw., da er dieselbe noch nicht für spruchreif hält, so wichtig eine Entscheidung auch wäre, nachdem man wohl allgemein überzeugt ist, daß die Therapia magna sterilisans mit einem Ictus therapeuticus undurchführbar ist. Im Anschluß bespricht der Verfasser die Frage der Dosierung, erörtert die Berechtigung der einzelnen Methoden derselben und der Intervalle zwischen den Injektionen; für Riecke selbst ist die Auffassung maßgebend, daß das gehäufte Einverleiben nicht unbeträchlicher Salvarsanmengen nicht häufig für den Organismus Schaden bringen könnte und dementsprechend ist er relativ zurückhaltend, und hat bei mehr als 300 Fällen keine bedrohlichen Zufälle und sehr befriedigende Resultate zu verzeichnen. Gestützt wird der Verfasser in seiner Ansicht durch die nicht allzu seltenen Befunde, durch die nach einmaliger intravenöser Infusion noch 7—9 Monate später As. teils im Harn, teils im Blut nachgewiesen wurde, besonders wenn die Hauptdepotstellen — Leber, Milz und Niere — von der Infektion nicht ganz unversehrt, die Ausscheidung nicht so schnell sich vollziehen ließen, als daß es nicht zu einer nicht ungefährlichen Kumulierung von As. im Organismus hätte kommen können. Über die ganze Frage der Dosierung und anschließend der Neurorezidive, für deren Auftreten ja von vielen einer zu ungenügenden Salvarsanbehandlung die Schuld beigemessen wird, verhält sich Riecke fast nur referierend und ebenso über die nach seiner Ansicht sicher dem Salvarsan zuzuschreibende Todesfällen, so daß in bezug auf diese Punkte auf das Original verwiesen werden muß. Als letzten Punkt seiner Arbeit bespricht der Verfasser kurz das Neosalvarsan, das er wegen seiner leichten Löslichkeit und anscheinend geringeren Gefährlichkeit jetzt ausschließlich verwendet. Von 70 Fällen sah er sechsmal schwere Allgemeinstörungen; 5 Fälle waren gänzlich unbehandelt, der sechste hatte nach einer einmaligen Salvarsaninjektion ein starkes Rezidiv der Sklerose mit makulösem Exanthem; diese Beobachtung scheint zu beweisen, daß diese Allgemeinstörungen nicht die Folge des Wasserfehlers oder einer Intoleranz sind, sondern hervorgerufen werden durch Endotoxinwirkung der den Körper in maximaler Dispersion überschwemmenden Spirochäten. Resümierend betont Riecke, daß unser Rüstzeug im Kampfe gegen die Syphilis durch das Salvarsan eine große Bereicherung erfahren habe, daß aber weder Salvarsan noch Quecksilber indifferente Medikamente seien, und daß man immer sich das Befinden des Gesamtorganismus zur Richtschnur für die einzuschlagende Behandlungsmethode nehmen solle, und nicht die Dosis maxima tolerata, sondern die Dosis minima efficax in Anwendung zu kommen habe. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. Udo J. Wile-New York wurde zum Professor der Dermatologie an der University of Michigan in Ann Arbor, Mich. ernannt.

Dr. med. Karl Henning, k. k. Universitäts-Mouleur in Wien, wurde in die VII. (einem außerord. Professor entsprechende) Rangklasse der Staatsbeamten befördert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. August 1913 | Nr. 31 | Band 57

Einiges über die Spültechnik bei der Therapie der Gonorrhoea anterior und posterior.

Von

Dr. Karl Rühl,

Oberassistent der venereologischen und dermatologischen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik und des städtischen Ambulatoriums für Geschlechtskrankheiten in Turin.

(Mit 4 Abbildungen.)

Bei der lokalen Therapie der akuten Gonorrhoea anterior kommt zwar die Injektionsbehandlung in erster Linie in Betracht, die stets leicht und bequem vom Patienten selbst durchgeführt und ferner als mildere Behandlungsart in allen Stadien der Krankheit angewendet werden kann, wogegen die Spülbehandlung besser nur vom Arzte ausgeführt wird, nur unter gewissen Bedingungen Anwendung finden kann und deshalb ein beschränktes Indikationsgebiet hat. Dagegen tritt bei der akuten Gonorrhoea posterior die Irrigationsbehandlung, besonders in Form der Spülungen nach Janet, mehr in den Vordergrund.

Das Gesagte kann jedoch nicht als absolute Regel gelten; die Wahl der einen oder der anderen Behandlungsmethode hängt viel von den persönlichen Ansichten oder Erfahrungen und von den im Einzelfalle vorliegenden klinischen Verhältnissen ab. Meistens lobt jeder Autor diejenige Methode, an die er sich gewöhnt hat, und hierdurch erklärt sich die große Verschiedenheit der Meinungen in bezug auf die beste Therapie der Harnröhrengonorrhöe.

Immerhin kann man nicht in Abrede stellen, daß die Irrigationsbehandlung in manchen Fällen sehr gute Dienste leistet, und ich möchte deshalb die Aufmerksamkeit auf ein sehr einfaches, dabei aber in der Spültechnik sehr nützliches Instrument lenken, welches in Italien eine ausgedehnte Anwendung findet, in Deutschland aber ziemlich unbekannt zu sein oder wenigstens keinen großen Anklang gefunden zu haben scheint. Ich meine die Majocchische Kanüle für Harnröhrenspülungen. Dieselbe wird von der großen Mehrzahl der italienischen Venereologen bei der Therapie der Harnröhrenblennorrhöe fast tagtäglich angewendet, und dies allein sollte schon ziemlich deutlich für ihre Nützlichkeit sprechen. Daß sie in Deutschland wenig bekannt und gebraucht ist, kann ich zwar nicht

Digitized by Google

bestimmt behaupten, glaube es aber aus dem Umstande folgern zu können, daß die Kanüle in der Mehrzahl der Lehr-, Hand- und Taschenbücher über Geschlechtskrankheiten entweder gar nicht oder nur beiläufig und als Kuriosität erwähnt wird. So ist in Kromayers Repetitorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten, in dem Blaschko-Jacobsohnschen Therapeutischen Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, in dem Portnerschen Therapeutischen Taschenbuch der Harnkrankheiten und in dem Fingerschen Lehrbuch der Gonorrhöe der Geschlechtsorgane von der Majocchischen Kanüle überhaupt nicht die Rede, während in dem von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz herausgegebenen Handbuch der Geschlechtskrankheiten die genannte Kanüle von Scholtz in einem Kapitel über: „Gonorrhoea acuta et chronica anterior et posterior" zusammen mit anderen verwandten Instrumenten genannt und nicht gerade als besonders vorteilhaft bezeichnet wird.

Da nun das von Majocchi vorgeschlagene Instrument nicht verdient, der Vergessenheit anheimzufallen oder derartig unterschätzt zu werden, sondern ausgezeichnete Dienste leisten kann und jedenfalls der gewöhnlichen Kanüle, die man zu Harnröhrenspülungen im allgemeinen und zu den Spülungen nach Janet im besonderen benutzt, in mancher Beziehung überlegen ist, so will ich hier auf die Vorteile, die sie darbietet, etwas näher eingehen. Scholtz schreibt in seinem oben erwähnten Kapitel folgendes:

„Um das lästige An- und Absetzen der Olive zu vermeiden, sind von Majocchi, Mibelli, Nobl, Spitzer, Berger u. a. besondere Spülansätze angegeben worden. Dieselben beruhen schließlich alle auf dem Prinzip, daß das Ansatzrohr durch eine mittlere Scheidewand in zwei Röhren in der Weise geteilt ist, daß die Spülflüssigkeit durch den oberen Teil in die Harnröhre einströmt und durch den unteren wieder abfließt.

Benutzt man derartige Ansätze ohne weitere Vorkehrungen, so bewegt sich die Flüssigkeit fast gar nicht in der Harnröhre; von einem wirklichen Fließen und Spülen kann zweifellos keine Rede sein, sondern die Flüssigkeit nimmt natürlich den nächsten Weg und fließt hinter dem Ansatz von der Zuflußöffnung direkt nach der Ausflußöffnung.

Zwar meint Spitzer, daß die Flüssigkeit bei einer derartigen Spülung in genügender Weise durch die Harnröhre ströme, und behauptet nicht nur, daß man das Strömen der Flüssigkeit am Bulbus fühlen könne, sondern auch daß die vollständige Reinigung der Urethra von Eiter- und Schleimflocken durch eine solche Spülung hierfür beweisend sei. Diese Schlußfolgerung von Spitzer ist jedoch nicht zutreffend. Die Schleimhaut wird gewöhnlich schon durch eine einzige Einspritzung, die kurze Zeit in der Urethra verweilt, vollständig von Flocken gereinigt, und hierdurch

Digitized by Google

wird also nicht bewiesen, daß bei Verwendung jener Ansätze ein wirkliches Strömen der Flüssigkeit in der Harnröhre stattfindet.

Man kann auf sehr einfache Weise zeigen, daß bei Verwendung eines derartigen Ansatzes die Flüssigkeit vollständig in der Harnröhre stagniert. Man braucht nur eine dünne Methylenblaulösung vorher in die Urethra einzuspritzen und dann — während die Urethra gefüllt bleibt — den Ansatz auf das Orifizium aufzusetzen und die Spülflüssigkeit (Verfasser meint hier offenbar eine farblose Flüssigkeit) umlaufen zu lassen. Das Spülwasser fließt dann vollständig ungefärbt wieder ab, und die Farblösung bleibt ruhig in der Harnröhre zurück.

Eine leidliche Spülung kommt erst zustande, wenn man die Zuflußröhre in kurzen Pausen einen Augenblick komprimiert, so daß sich die Urethra einigermaßen entleert und die Flüssigkeit dann von neuem kräftig in die Harnröhre einströmt."

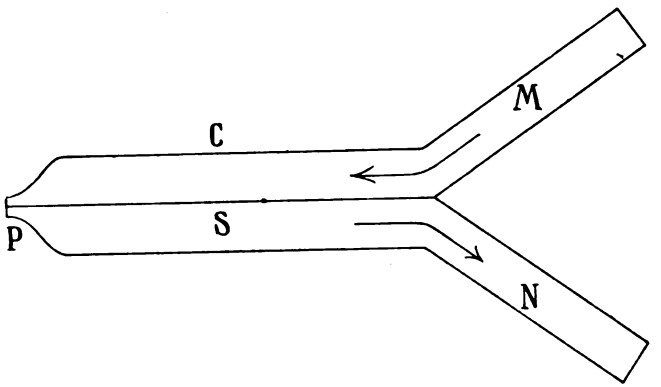


Fig. 1.

Danach schreitet Scholtz in seiner Besprechung der Therapie der Gonorrhöe weiter, und von der Majocchischen Kanüle ist nirgends mehr die Rede, so daß man den Eindruck gewinnt, als wäre dieselbe nur als Kuriosität erwähnt, oder als würde sie als nicht nützlicher als der gewöhnliche Glasansatz für Harnröhrenspülungen betrachtet.

Ich will hier von den übrigen von Scholtz genannten Instrumenten absehen und mich ausschließlich mit der Cannula Majocchi beschäftigen; höchstens möchte ich hier die Bemerkung einschalten, daß, wenn eines der genannten Instrumente identisch mit dem von Majocchi sein sollte, der bolognesische Meister meines Wissens Anspruch auf die Priorität seiner Erfindung erheben kann.

Die Kanüle besteht (vgl. Fig. 1) aus einem durch eine Scheidewand (S) in zwei Teile geteilten Glasrohr (C), welches an einem Ende (P)

Digitized by Google

stumpfkonisch gestaltet ist, während das andere Ende in zwei kleinere Röhren, d. h. in ein Zufluß- (M) und ein Abflußrohr (N) ausläuft, von denen jedes einer Hälfte des Rohres (C) entspricht.

Was nun die Behauptungen von Scholtz anbelangt, so habe ich den von diesem Autor erwähnten Versuch wiederholt und kann seine Beobachtung nur bestätigen.

Ich habe auch noch einen weiteren, meines Erachtens sehr beweiskräftigen Versuch ausgeführt. Ich füllte (vgl. Fig. 2) ein gewöhnliches Reagenzglas (A) mit reinem Wasser, verschloß die Öffnung des Glases mit einer 2 mm dicken, in der Mitte rund durchbohrten, genau an die Öffnung des Glases passenden Scheibe aus Kork (B, B'), führte die Spitze einer Majocchischen Kanüle in die Öffnung (D) der Korkscheibe ein und drückte sie so fest an, daß das ganze System wasserdicht funktionieren konnte. Nun ließ ich durch den Zuflußschenkel der Kanüle eine gefärbte Lösung (Kaliumpermanganat) einströmen und beobachtete, daß dieselbe fast direkt von

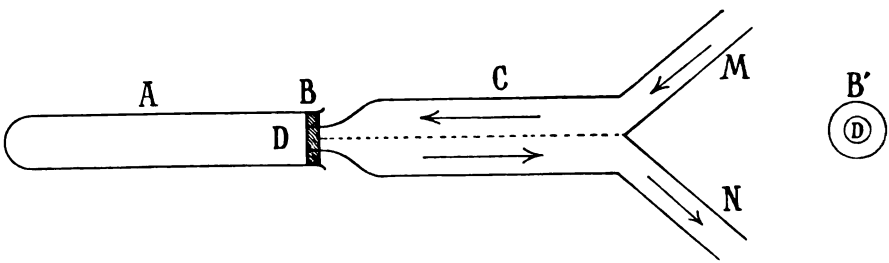


Fig. 2.

der Zuflußöffnung des Endes der Kanüle nach der Ausflußöffnung floß, während die in dem Reagenzglase enthaltene Flüssigkeit keinerlei Bewegung zeigte, d. h. farblos blieb und sich nur in ganz unmittelbarer Nähe der Korkscheibe färbte. Ich habe diesen Versuch sowohl bei wagerechter wie bei senkrechter Stellung des Probierröhrchens und der Kanüle ausgeführt: das Resultat war stets das erwähnte. Da nun bei diesem Versuche ganz dieselben hydrostatischen und hydrodynamischen Verhältnisse gegeben sind, wie wenn eine Harnröhrenspülung mit der Majocchischen Kanüle ausgeführt wird, so kann man auch aus diesem Versuche folgern, daß, wie Scholtz behauptet, im erwähnten Falle kein doppelter Strom in der Harnröhre entsteht, d. h. keine Durchspülung der Urethra erfolgt.

Die von Scholtz erwähnte Behauptung Spitzers, man könne das Strömen der Flüssigkeit am Bulbus fühlen, beruht offenbar auf einer leicht erklärlichen falschen Deutung einer physikalischen Erscheinung: infolge der Tatsache, daß die Flüssigkeit durch eine enge und starre Öffnung in die Harnröhre eindringt und sogleich durch die unmittelbar benachbarte

Digitized by Google

Öffnung wieder austritt, stellen sich mehr oder minder dieselben Bedingungen ein, die wir vor uns haben, wenn wir auf einem an die Lippen gehaltenen Hohlschlüssel pfeifen. Hier wird durch den über die Öffnung getriebenen Luftstrom die in der Höhlung des Schlüssels vorhandene Luft in Schwingungen versetzt, die das pfeifende Geräusch erzeugen. Die in der Harnröhre stagnierende Spülflüssigkeit gerät, unterstützt durch die Elastizität der Harnröhrenwände, durch den Flüssigkeitsstrom der Kanüle ebenfalls in Schwingungen, die sich durch die Flüssigkeit bis zur hinteren Gegend der Urethra, d. h. bis zum Bulbus, fortpflanzen und hier das von Spitzer behauptete fühlbare Strömen der Flüssigkeit vortäuschen.

Ich habe, um die Richtigkeit dieser meiner Erklärung nachzuprüfen, meinen oben beschriebenen Versuch (vgl. Fig. 2) in der Weise wiederholt, daß ich das Reagenzrohr (A) durch ein beiderseits offenes Glasrohr ersetzte, dessen eines Ende ich mit der Korkscheibe (B) verschloß, in welche die Spitze der Majocchischen Kanüle eindedrückt wurde, während ich über das andere Ende ein kleines Gummikäppchen zog. Ich ließ nun durch den Zuflußschenkel der Kanüle Flüssigkeit einströmen und konnte an dem dünnwandigen Gummikäppchen eine schwirrende resp. vibratorische Bewegung fühlen.

Die Behauptung von Scholtz, daß bei der Majocchischen Kanüle keine wahre und echte Spülung zustande kommt, ist also vollständig zutreffend: dies steht fest, und in dieser Beziehung liegen hier dieselben Verhältnisse wie bei dem gewöhnlichen Glasansatz für Harnröhrenspülungen vor. Die Kanüle Majocchis bietet aber nichtsdestoweniger gegenüber diesem mehrere unbestreitbare Vorteile, die ich erwähnen will.

Will man bei dem Janetschen Verfahren eine Spülung der vorderen Harnröhre — unter Janetschen Spülungen versteht man eigentlich nur die Durchspülungen der ganzen Harnröhre; ich will aber hier, der Einfachheit halber, unter dieser Benennung jede mit dem gewöhnlichen Glasansatz ausgeführte Harnröhrenspülung verstanden wissen — ausführen, so öffnet man die Schlauchklemme, drückt den Schlauch mit den Fingern zu, setzt den Glasansatz fest auf das Orifizium auf und gibt nun den Schlauch frei; die Flüssigkeit strömt in die Harnröhre, prallt an den Sphinkter, bläht die vordere Harnröhre und wird durch geringes Lüften des Glasansatzes herausgelassen; nun wird die Spülung durch abwechselndes Anpressen und Lüften des Glasansatzes fortgesetzt.

Wendet man hingegen das Majocchische Verfahren an, so braucht man nur einmal den Konus der Kanüle fest auf das Orifizium aufzusetzen und, nachdem die Harnröhre mit der Spülflüssigkeit prall gefüllt ist, den Zuflußschlauch in kurzen Pausen einen Augenblick zuzudrücken, so daß sich die Harnröhre entleert und die Flüssigkeit von neuem kräftig in

Digitized by Google

die Harnröhre einströmt. Dieses Verfahren ist offenbar viel bequemer. Bei der Spülung nach JANET kann es, nicht nur bei Mangel an genügender Handfertigkeit, sondern auch bei der größten Geschicklichkeit des Arztes, vorkommen, daß bei dem Lüften des Glasansatzes die Spülflüssigkeit mit großer Gewalt aus der Harnröhre hervordringt und die Umgebung bespritzt, was, wenn es sich um Flecken gebende oder ätzende Flüssigkeiten handelt, wie Argentum nitricum, Kalium permanganicum usw., sehr unangenehme Folgen haben kann.

Diese Möglichkeit ist bei dem MAJOCCHIschen Verfahren ausgeschlossen. Hat man einmal die Kanüle angelegt, so hält man sie fest angedrückt und besorgt das Füllen und Entleeren der Harnröhre durch Öffnen und Zudrücken des Gummischlauches, wobei die Spülflüssigkeit jedesmal aus der Harnröhre durch den Ausflußschenkel der Kanüle in ein darunter gestelltes Becken fällt und in keinem Fall die Umgebung bespritzen kann, besonders wenn man an den genannten Schenkel einen kurzen Gummischlauch anlegt, durch welchen die Flüssigkeit in das Becken geleitet wird.

Bei dem JANETschen Verfahren kann es vorkommen, daß bei abnorm gebauter Harnröhre (Epispadie, Hypospadie, Abnormitäten in der Richtung der Fossa navicularis usw.) der Glasansatz nicht in der richtigen Richtung eingeführt wird und seine Spitze gegen die Schleimhaut zu liegen kommt, so daß keine Flüssigkeit einströmen kann; eine solche Sachlage kann leicht unbemerkt bleiben oder wenigstens nicht sofort vom Arzte wahrgenommen werden, besonders wenn es sich um die weibliche Harnröhre handelt, wo man sich, um zu wissen, ob die Flüssigkeit wirklich einströmt, fast ausschließlich auf die subjektiven Empfindungen und die Angaben der Patientin stützen muß.

Bei der MAJOCCHIschen Kanüle ist ein solcher Übelstand ausgeschlossen, indem sich das richtige Liegen der Kanüle daraus erkennen läßt, daß die Flüssigkeit aus dem unteren Schenkel ausfließt und man sofort weiß, ob man richtig angelegt hat oder nicht.

Man könnte zwar gegen das MAJOCCHIsche Verfahren einwenden, daß bei demselben die Spülflüssigkeit, da sie einen Weg zum Ausfließen frei hat, in der Harnröhre keinen so hohen Druck erreichen und die Harnröhre somit keine so starke Distension erfahren kann wie bei der Spülung mit dem gewöhnlichen Glasansatz. Darauf kann man aber erwidern, daß man diesen Übelstand dadurch kompensieren kann, daß man den Ausflußschenkel schließt resp. den daran angelegten Gummischlauch zusammenpreßt, oder noch besser dadurch, daß man den Irrigator von Anfang an höher stellt.

Will man mit dem JANETschen Verfahren eine Totalspülung, d. h. zuerst die vordere und dann die hintere Harnröhre zusammen mit der Blase durchspülen, so muß man, nachdem man die Pars anterior gründ-

Digitized by Google

lich ausgespült und von dem Sekrete gereinigt hat, entweder den Glasansatz von dem Orifizium entfernen und, nachdem man den Schlauch mit der Klemme geschlossen hat, beiseite legen, den Irrigator höher stellen, wieder den Glasansatz, nach Öffnung der Schlauchklemme, auf daß Orifizium aufsetzen und die Spülflüssigkeit einströmen lassen, wobei man auf die oben geschilderten Übel stoßen kann, oder, wie Portner angibt, nachdem man die vordere Harnröhrenpartie ausgespült hat, den Glasansatz nicht mehr lüften sondern angedrückt halten und den Irrigator höherstellen — was meines Erachtens, wenn man nicht gerade über einen Gehilfen verfügt, recht umständlich und nicht immer durchführbar ist — und dann die Irrigation der Pars posterior und der Blase vornehmen.

Arbeitet man hingegen mit der Majocchischen Kanüle, so braucht man, nachdem man von Anfang an den Irrigator in die passende Höhe gestellt und die vordere Urethra in der oben beschriebenen Weise ausgespült hat, ohne die Kanüle von dem Orifizium abzunehmen, nur den Ausflußschlauch der Kanüle zu schließen, was entweder durch Druck mit dem Finger oder vermittels einer Klemme geschehen kann, und dann die Spülflüssigkeit einströmen zu lassen.

Ich wende gewöhnlich ein noch einfacheres Verfahren an, mit welchem es mir in der Mehrzahl der Fälle gelungen ist, zuerst die vordere Harnröhre und dann die Pars posterior und die Blase zu spülen.

Ich gieße zuerst 1,5 l der zur Spülung bestimmten, aber noch zu verdünnenden Lösung — die Konzentration stelle ich derart ein, daß ich durch Zusatz von 1 l Wasser den gewollten Titer erziele — kalt in den Irrigator und setze danach 1 l kochenden Wassers langsam, so daß der Inhalt des Irrigators nicht zu stark durchgerührt wird, zu; auf diese Weise mischen sich zwar die beiden Flüssigkeiten zum Teil, es entsteht aber keine vollständig gleichmäßige Verteilung der Temperatur und der Konzentration der Flüssigkeit, sondern diese ordnet sich derart an, daß die Temperatur von oben nach unten, die Konzentration von unten nach oben abnimmt. Läßt man nun die Flüssigkeit aus der Kanüle herausfließen, so strömt sie zuerst ganz kalt heraus, wird aber dann allmählich wärmer, und der zuletzt herausfließende Teil ist ziemlich heiß. Nachdem ich also den Irrigator in der richtigen Höhe (1,5 m vom Tisch) eingestellt habe, lege ich die Kanüle an das Orifizium an und lasse die Spülflüssigkeit einströmen; durch abwechselndes Zupressen und Auflassen des Schlauches spüle ich gründlich die Pars anterior aus. Nachdem auf diese Weise ungefähr 200—300 ccm durchgeflossen sind, erreicht die Flüssigkeit eine derartige Temperatur, daß sie, allein infolge ihrer Temperatur, ohne daß ich irgend etwas abzuändern habe, ohne weiteres den Sphinkter überwindet und in die Blase einströmt. Ist nun einmal die Blase gefüllt, was dem

Digitized by Google

Patienten durch einen starken Drang zum Urinieren angekündigt wird, so entferne ich entweder die Kanüle von dem Orifizium oder lasse die Kanüle am Platze und schließe einfach den Zuflußschlauch. Es geschieht nämlich in einem Teil der Fälle, daß der Patient, ohne daß man die Kanüle abnimmt, urinieren, d. h. die Spülflüssigkeit durch den Ausflußschenkel der Kanüle auspressen kann. Wo dies möglich ist, ziehe ich es vor, denn erstens wird dann die Flüssigkeit unter einem ziemlich starken Druck durch die Harnröhre hindurch ausgepreßt und besorgt somit noch eine gründliche Ausspülung der Urethra und eventuell ihrer kleinen Nebenhöhlen, und zweitens vermeide ich ein Ab- und Ansetzen der Kanüle. Dieses Verfahren ist sehr einfach und sehr bequem, und leistet alles, was man von einer Spülung verlangen kann; ohne die Majocchische Kanüle könnte man es nicht anwenden.

Bezüglich der Majocchischen Kanüle möchte ich schließlich noch bemerken, daß die Wahl eines guten Exemplars von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

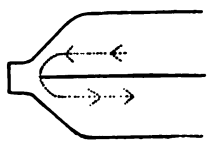


Fig. 3.

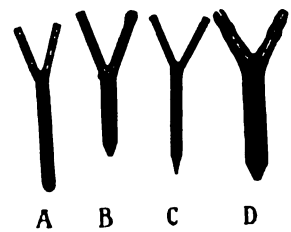


Fig. 4.

Erstens sind die größeren Exemplare vorzuziehen, weil bei denselben die beiden Öffnungen im Kegelende weiter sind und somit, da sie eine größere Menge Flüssigkeit durchströmen lassen, eine stärkere Dehnung, also eine gründlichere Durchspülung der Harnröhre gestatten, und weil das kegelförmige Ende leichter an jedes Orifizium paßt. Es ist jedoch zweckmäßig, zwei verschiedene Größen vorrätig zu halten; für außergewöhnlich enge Harnröhrenmündungen eignen sich die ganz großen Kanülen nicht.

Man muß ferner darauf achten, daß die im Innern der Kanüle befindliche Scheidewand das Ende erreicht; ist das nicht der Fall, so kann die Flüssigkeit durch die Kanüle ein- und wieder ausfließen (vgl. Figur 3) ohne die Urethra zu durchspülen oder wenigstens ohne in der selben die nötige Spannung zu erreichen. Bei einer solchen fehlerhaften Gestaltung der Kanüle kann es auch vorkommen, daß, wenn beim Ansetzen der Kanüle ihre Doppelmündung gegen die Harnröhrenschleimhaut zu liegen kommt, kein Tropfen der Flüssigkeit in die Harnröhre eindringt und nichtsdestoweniger die Flüssigkeit aus dem Ausflußschenkel der Kanüle ausfließt.

Digitized by Google

Von den vier Modellen (Fig. 4, A, B, C, D), die hier in Italien käuflich sind, sind B und D die zweckmäßigsten; bei A ist das Ansetzende zu sehr abgerundet, so daß die Kanüle in vielen Fällen, besonders bei engem Orifizium, schwer angelegt werden kann; bei C ist hingegen die ganze Kanüle zu dünn und das Ansatzende zu sehr zugespitzt, so daß es leicht zu weit in die Harnröhre eingedrückt und die Schleimhaut verletzt werden kann.

Zur Technik konzentrierter, intravenöser Salvarsaninjektionen.

Von

Prof. Dr. LINSER, Vorstand der Hautklinik in Tübingen.

Der große Eifer, mit dem Herr Dr. STERN-Düsseldorf seine sogenannte Priorität bezüglich der Anwendung konzentrierter intravenöser Salvarsaninjektionen zu wahren sucht, veranlaßt mich auch meinerseits, diese Priorität streitig zu machen. Wir haben in der Tübinger Hautklinik diese Injektionen schon seit November 1910 eingeführt, d. h. es wurden hier, seitdem wir Salvarsan intravenös injizieren, überhaupt nur die sogenannte konzentrierte Form verwendet. Dies ist in einer Arbeit von Dr. TEUFFEL aus unserer Klinik im Frühjahr 1911 und später von Dr. HACCIUS (Med. Klinik, 1912, Nr. 33) veröffentlicht, und ich glaube darum durchaus berechtigt zu sein, die Priorität von Herrn Dr. STERN zu bezweifeln.

Eduard Schiff †.

Unmittelbar nach seinem Geburtstage am 5. März d. J. starb in Wien der langjährige Mitarbeiter und Freund unserer Zeitschrift Prof. EDUARD LIBERIUS SCHIFF an Herz- und Lungenlähmung infolge einer seit Jahren bestehenden Arteriosklerose.

Er war 1849 in Triest geboren und entstammte einer dort ansässigen hochgeachteten Kaufmannsfamilie. Seine elementare Ausbildung erhielt er daselbst sowie am Hamburger Johanneum und absolvierte die medizinischen Studien 1868—1875 in Würzburg und in Wien, wo er 1876 den Doktortitel erlangte. Ursprünglich mit Neurologie sich beschäftigend, war er zunächst durch mehrere Jahre Assistent von AUSPITZ an der Wiener Allgemeinen Poliklinik und Sekundararzt desselben im Allgemeinen Krankenhause. Seine Habilitation erfolgte 1884. Aus der damaligen Zeit stammen seine Publikationen über das Kniephänomen bei Syphilis (mit JARISCH), über Exzision der Initialsklerose, über Mikroorganismen bei hereditärer Syphilis (mit HOCHSINGER), über Leucaemia cutis und Granuloma fungoides usw. Später übernahm er die Leitung des Hautambulatoriums in dem von KASSOWITZ begründeten ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitute und beschäftigte sich von da ab fast ausschließlich mit Dermatotherapie

Digitized by Google

und speziell auch mit der Kosmetik. Über Vorschlag von KAPOSI erhielt er 1901 den Titel eines außerordentlichen Professors.

Seine völlige Beherrschung der europäischen Kultursprachen, vielfache Reisen und ein regelmäßiger Besuch der verschiedenen fachwissenschaftlichen Kongresse machten ihn zu einem der berufensten Vermittler zwischen der deutschen und der auswärtigen Spezialliteratur, welcher Eigenschaft insbesondere die Übersetzung des dermatohistologischen Atlas von LELOIR und VIDAL zu verdanken ist.

Ein entschiedenes Verdienst erwarb er sich durch die zielbewußte Propagation der Röntgentherapie der Hautkrankheiten. Gleichzeitig mit der einschlägigen Mitteilung von KÜMMEL am Chirurgenkongresse 1897, jedoch unabhängig von derselben, hatte SCHIFF gemeinsam mit LEOPOLD FREUND, auf welchen wohl überhaupt die allererste Idee einer therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen zurückgeht, die ersten Erfolge bei Hauttuberkulose erzielt. Das von ihm errichtete und später vom k. k. Unterrichtsministerium subventionierte Institut für Radiographie und Radiotherapie war längere Zeit hindurch in Wien die einzige Stätte für diesen neu aufstrebenden Zweig der Heilkunde.

Seine reichen persönlichen Mittel gaben ihm die Möglichkeit, nicht nur alle nötigen Apparate, z. B. die erste Finseneinrichtung in Wien, sondern auch in der Folge größere Quantitäten Radium zu beschaffen, welche Substanz er übrigens als der erste in Wien in Verwendung gezogen und ihrer Bedeutung entsprechend gewürdigt hatte. Ich selbst kann sagen, daß die in SCHIFFS Anstalt bei Lupus erzielten Röntgenresultate zu den besten gehören, die ich irgendwo gesehen habe.

Auch mit Mesothorium hat er als einer der ersten gearbeitet und beabsichtigte am diesjährigen Kongresse in London sowie über Einladung der American Medical Association in Minneapolis Vorträge über Strahlentherapie zu halten. Er hatte ferner die Gründung von Lupusheimen im Hochgebirge angeregt. Außer vielfachen Veröffentlichungen radiologischen Inhaltes bearbeitete er diese Materie auch monographisch für die bekannten Handbücher von LAZARUS und von LÖWENTHAL.

SCHIFF war eine offene, liebenswürdige Persönlichkeit von feinsinniger künstlerischer und wissenschaftlicher Bildung und von unverwüstlicher Lebensfreude, deren Hinscheiden nicht allein zahlreiche Fachkollegen des In- und Auslandes, sondern auch weite Gesellschaftkreise aufrichtigst beklagen werden. J. H. Rille.

Louis A. Duhring †.

Professor LOUIS ADOLPHUS DUHRING, der berühmte amerikanische Dermatologe, starb in Philadelphia, seiner Geburtsstadt und der Stadt seiner Lebensarbeit, am 8. Mai dieses Jahres. Er war der Sohn von HENRY DUHRING, der im Jahre 1818 aus Deutschland (Mecklenburg) nach Amerika ausgewandert und in Philadelphia einer der erfolgreichsten Kaufleute geworden war. Seine Mutter war aus St. Gallen in der Schweiz. DUHRING wurde am 23. Dez. 1845 geboren und erreichte demnach ein Alter von 68 Jahren. Er bezog die University of Pennsylvania als Student der akademischen Abteilung im Jahre 1861 und blieb dort bis zum Ende des Junioren-Jahres, als er das Studium der Medizin in der medizinischen Abteilung derselben Bildungsanstalt begann; 1867 erlangte er dort den medizinischen Doktorgrad. Fast unmittelbar danach begann er seinen Dienst

Digitized by Google

als Interner im Philadelphia (Blockley) Hospital, wo er 15 Monate blieb; während dieser Zeit begann er ein tätiges Interesse an dem Studium der Hautkrankheiten zu zeigen. Nach Verlauf seiner Internenzeit ging er ins Ausland und verbrachte zwei Jahre zur Vervollkommnung seiner dermatologischen und Syphilisstudien in den Kliniken und Hospitälern von London, Paris und Wien; eine längere Spanne Zeit verging in Wien unter der Anleitung von Ferdinand Hebra, als dieser große Meister auf der Höhe seines Ruhmes stand. Bald nach seiner Rückkehr nach Philadelphia gründete er die Philadelphia Dispensary for Skin diseases, das erste Ambulatorium für die Behandlung der Hautkrankheiten in jener Stadt und zweifellos das erste oder eines der ersten in den Vereinigten Staaten. Sein Enthusiasmus entwickelte diesen bis dahin stark vernachlässigten Zweig der Medizin zu einer stetig wachsenden Ausdehnung und zu nachhaltigem Einflusse in diesem Lande. Um diese Zeit wurde er einer der Herausgeber der „Photographic Review of Medicine and Surgery", die während ihres Bestandes von mehreren Jahren photographische Illustrationen und Notizen vieler interessanter und ungewöhnlicher Fälle von Haut- und verwandten Krankheiten brachte. Im Frühling 1871 wurde er zum Lecturer für Hautkrankheiten an der University of Pennsylvania gewählt, welche Stellung später (1875) zu der eines klinischen Professors und um 1890 zu einer ordentlichen Professur gemacht wurde. Zu dieser Zeit (1875) wurde er auch zum Dermatologen am Philadelphia Hospital ernannt, welche Stellung er viele Jahre ausübte. Seine Begeisterung für seinen Gegenstand führte ihn auch dazu, einen Kursus klinischer Vorlesungen und Demonstrationen am Medical College für Frauen in Philadelphia zu halten, den er viele Jahre wiederholte. Jetzt wurde er immer eifriger tätig im Lehren, im Krankenhausdienste, in literarischer Arbeit und Privatpraxis. In den frühen neunziger Jahren gab er aus Gesundheitsrücksichten endlich alle seine Hospital- und anderen Verpflichtungen auf, nicht aber seine Professur an der pennsylvanischen Universität, wo er bis 1910 tätig blieb. Dann trat er in den Ruhestand und erhielt den Titel Professor Emeritus. 1912 verlieh ihm seine Alma mater den Grad eines L. L. D.

Professor Duhring trug im früheren Teil seiner Laufbahn reichlich zur laufenden Literatur bei, und seine Arbeiten zeigten jederzeit Gedankenreichtum und gründliche Vorbereitung. Sein Practical Treatise on Diseases of the Skin, das zuerst 1876 und bald darauf in zweiter und dritter Auflage erschien, wurde so hoch eingeschätzt, daß es in der Folge ins Französische, Italienische und Russische übersetzt wurde. Sein Atlas of Skin Diseases begann um dieselbe Zeit zu erscheinen und in der Genauigkeit und lebenswahren Wiedergabe der Fälle ist er kaum übertroffen worden. Später begann Duhring seine Cutaneous Medicine zu schreiben. Der erste Teil kam 1895 heraus und der zweite 1897; diese zeigten an ihrem Umfang und der erschöpfenden Darstellung, daß zum mindesten sieben oder acht Teile zur Vollendung des Werkes notwendig sein würden. Unglücklicherweise geriet das große Werk ins Stocken, wegen der schwankenden Gesundheit des Verfassers und weil ein großer Teil des Materials und der Daten für einen oder zwei der entstehenden Bände durch Feuer zerstört wurde; endlich wurde die Wiederaufnahme des Werkes zögernd und widerstrebend aufgegeben. Alle seine Schriften, ob Zeitschriftenartikel oder Bücher, waren charakterisiert durch sorgfältiges Denken, Exaktheit und Klarheit des Stils, alle waren frei von gewagten Behauptungen oder Wortreichtum. Duhrings Name ist am meisten verknüpft und wird es zweifellos bleiben mit der von ihm Dermatitis herpetiformis genannten Krankheit; in einer Reihe von 15—20 Vorträgen, die vor einigen Jahren erschienen, versuchte er zu zeigen, daß verschiedene unter verschiedenen Namen beschriebene Fälle in Wirklichkeit Erscheinungen einer und derselben Krankheit wären, der er diesen sich

Digitized by Google

rasch einbürgernden Namen gab. Der starke Eindruck, den sein Ernst und seine Überzeugung, die Genauigkeit seiner Beobachtungen und die zwingende Logik in diesen wertvollen Vorträgen machten, war bald zu spüren, und das Endresultat war eine ziemlich allgemeine Annahme seiner Ansicht.

Wenn die Dermatologie überhaupt der Lebensarbeit Duhrings etwas verdankt, so ist ihm die amerikanische Dermatologie zu noch viel größerem Danke verpflichtet. Er war einer der Gründer der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft und zweimal ihr Vorsitzender; so lange seine Gesundheit es ihm erlaubte, war er eines der tätigsten und höchstgeschätzten Mitglieder. Seine ausländischen Fachgenossen ehrten ihn durch die Wahl zum Mitglied oder Ehrenmitglied ihrer Gesellschaften. Persönlich war Duhring der Typus des jetzt immer mehr verschwindenden vornehmen Weltmannes der alten Zeit. Bei ihm bestand die seltene Verbindung von Bescheidenheit, ruhiger Energie und kernechtem Wert. Er war der letzte seines Geschlechts und starb unverheiratet. Sein ganzes Interesse war seinem Fache zugewendet. Dies zeigte sich auch in seiner letztwilligen Verfügung, die einen beträchtlichen Teil seines großen Besitztumes der medizinischen Fakultät der Universität von Pennsylvania zur Förderung der dermatologischen Lehre und Praxis zukommen ließ. Seine amerikanischen Fachgenossen werden ihn nicht so bald vergessen und niemals aufhören, sein Gedächtnis zu ehren — in erster Linie die Kollegen in Philadelphia, von denen alle das Vergnügen und das Vorrecht seines persönlichen Umgangs und einige auch den Nutzen seiner didaktischen Unterweisung gehabt haben. Henry W. Stelwagon-Philadelphia.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Der gegenwärtige Stand der Salvarsanbehandlung, von Post. (Boston Med. and Surg. Journ., 5. Sept. 1912.) Salvarsan ist das schnellst wirkende und kräftigste Antisyphilitikum, ist aber nicht ohne Gefahr und setzt eine gewisse Vorsicht bei Anwendung voraus. Dabei ist eine absolute Heilung nicht zu garantieren, so daß es sich empfiehlt, die Behandlung in allen Fällen mit Quecksilber zu kombinieren. Es sollte vor allen Dingen bei den Fällen zur Anwendung gebracht werden, die für die Allgemeinheit eine besondere Gefahr darstellen; sollte aber nie in maximalen, sondern in mittleren Dosen gebraucht werden. W. Lehmann-Stettin.

Über den jetzigen Stand der Salvarsantherapie mit besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen und deren Vermeidung, von P. Ehrlich. (Ztschr. f. Chemother., 1912, I. Teil, Bd. 1, H. 1.) Neben dem „gewöhnlichen" Wasserfehler, der nur vorübergehende Erscheinungen macht, wird sehr selten ein „perniziöser" Wasserfehler beobachtet (Galewsky u. a.). Bei zu starker Alkalinität der Injektionsflüssigkeit kann es zu lokalen Thrombosen kommen. Die vereinzelt beobachteten Fernthrombosen in der Glutäalregion stehen wahrscheinlich mit vorhergegangenen Quecksilberinjektionen in Zusammenhang. Die Neurorezidive sind nicht toxische Erscheinungen, sondern syphilitische Manifestationen, und zeigen sich fast nur nach einmaliger Applikation. Ihre Häufigkeit ist ca. 0,42% und sicher nicht größer als bei der Quecksilberbehandlung. Es scheint, daß die Monorezidive in einem gewissen Zusammenhang mit dem Wasserfehler stehen insofern, als durch Anhäufung von Bakterien in spezifischen Herden eine Entzündung

Digitized by Google

hervorgerufen wird, die bei unvollkommener Sterilisation den überlebenden Spirochäten eine lebhaftere Wucherung gestattet. Die Todesfälle nach Salvarsan zerfallen in zwei Gruppen: 1. Seltenere Fälle von Exitus unter ausgedehntem Exanthem mit eventueller Beteiligung der Leber. Hierbei handelt es sich wahrscheinlich um Intoxikation durch Abspaltung von arseniger Säure. 2. Todesfälle nach Anwendung zu hoher Dosen bei manifesten Erkrankungen des Zentralnervensystems. Es handelt sich hier um eine Art Herxheimersche Reaktion. Eine neurotrope Eigenschaft besitzt das Salvarsan nicht. Um diese schweren Zufälle nach Möglichkeit auszuschalten, muß man in Fällen, wo eine Beteiligung des Zentralnervensystems anzunehmen ist, in der Dosierung sehr vorsichtig sein. Mit kleinsten Dosen beginnend soll die Behandlung dann energisch mit Steigerung der Dosen bis zur vollen Höhe durchgeführt werden. Bei Zeichen von Hirndruck muß unmittelbar die Lumbalpunktion oder eventuell die Trepanation ausgeführt werden. Wenn auch öfters eine einzige Injektion dauernde Heilung gebracht hat, ist doch zu einer Wiederholung der Injektionen bis zu einem Gesamtverbrauch von 2,0 bis 3.0 Salvarsan zu raten. Die kombinierte Salvarsanquecksilberbehandlung ist zu befürworten. O. Valentiner-Leipzig.

Dauererfolge der Salvarsanabortivkuren der Jahre 1910-1911, von H. Müller-Mainz. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 8.) Bis zum Ende des Jahres 1911 hatte Verfasser 39 Fälle von Primärsyphilid mit Salvarsan abortiv behandelt. Es handelte sich dabei, nachdem die Gefahren der Abortivbehandlung bei seropositiven Patienten erkannt waren, stets um seronegative Fälle, aber immer wurde die Diagnose durch den Nachweis von Spirochäten gesichert. Wo es angängig war, wurde der Primäraffekt exzidiert, anderenfalls erfolgte gründliche Kauterisation. Die ersten Fälle der Serie erhielten in der Regel zwei, die späteren je drei intravenöse Injektionen zu 0,4—0,5. Zugleich wurde eine Quecksilberbehandlung eingeleitet, wobei meistens Zielers 40%iges Kalomelöl (fünfmal 0.05—0,07) verwendet wurde, und zum Schluß noch 40%iges Merckinol (fünfmal 0,1—0,14) gegeben wurde. Von den 39 Patienten haben sich neun der weiteren Beobachtung entzogen; die übrigen 30 sind in Zwischenräumen von 2—6 Monaten nach Abschluß der Behandlung bis Ende des Jahres 1912 untersucht und serologisch kontrolliert worden. Verfasser konstatiert das sehr befriedigende Resultat, daß bei allen diesen 30 Fällen weder klinisch noch serologisch irgend welche weiteren luetischen Erscheinungen bisher erkennbar gewesen sind. Die Abortivkur hat ihm also 100% Heilungen geliefert[1]). Philippi-Bad Salzschlirf.

Schlußbericht über unsere Erfahrungen mit Salvarsan, von Otto Kren-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Aus den Erfahrungen, die an der Riehlschen Klinik an 600 injizierten und 285 dauernd beobachteten Fällen gewonnen wurden, zieht Verfasser die folgenden Schlußsätze: „Salvarsan ist ein äußerst wirksames Antiluetikum, durch dessen Applikation der Verlauf der Syphilis ein anderer wird. Sein therapeutischer Wert ist am größten bei Anwendung im Primärstadium. Es ist mit seltenen Ausnahmen imstande, bei frischen, bakteriologisch verifizierten Sklerosen, welche serologisch noch negativ reagieren, den Ausbruch der sekundären Erscheinungen hintanzuhalten. Auch die Blutuntersuchung bleibt — nach vorübergehender, einige Tage währender Komplementablenkung —, negativ. Die Drüsenschwellungen bleiben aber in dem Stadium bestehen, in welchem sie sich zur Zeit der Injektion befunden haben, so daß die Erscheinungen das Bild des Latenzstadiums ergeben. Einige solcher Fälle sind über zwei Jahre beobachtet und frei von Sekundärerscheinungen geblieben. Bei serologisch positiv

[1]) Die intramuskuläre Salvarsanmethode wandte der Verfasser elfmal in fünf Fällen in Form der von ihm warm empfohlenen Johainjektionen an.

Digitized by Google

reagierenden Sklerosen wird das Ausbleiben der sekundären Erscheinungen seltener beobachtet. In der Regel bleibt wohl das erste Exanthem aus, jedoch folgen später Haut- und Schleimhautsymptome. Weniger energisch ist der Effekt bei Anwendung im Sekundärstadium; besonders hier fordern wir eine längere Verabreichung kleiner, jedoch steigender Dosen. Ist diese Applikation äußerer Umstände wegen nicht durchführbar, soll man trachten, durch Kombination von Quecksilber die Wirkung auf die Erkrankung zu erhöhen. Vor großen Einzeldosen des Salvarsans hingegen möchten wir warnen. Besonders günstig wirkt das Salvarsan in der Tertiärperiode und bei hereditärer Lues. Die Nebenwirkungen des Präparates sind bei Voraussetzung strikter Einhaltung der Kontraindikationen keine lebensgefährlichen. Tod ist in unseren Fällen niemals erfolgt. Die neurotrope Wirkung des Präparates ist, besonders im Vergleich mit anderen Arsenpräparaten, äußerst gering. Das Neurorezidiv kommt bei mit Salvarsan behandelten Patienten kaum häufiger vor als bei unbehandelten oder mit Quecksilber behandelten. Das Neurorezidiv ist ein Symptom der Syphilis; es stellt keine Kontraindikationen dar, sondern bedarf einer um so energischeren Salvarsan-Quecksilbertherapie. Als Kontraindikation für die Salvarsanbehandlung gelten nach unseren Erfahrungen alle jene Erkrankungen, die durch Blutdrucksteigerung geschädigt werden, alle schwereren Nervenaffektionen, gewisse das Ohr in Mitleidenschaft ziehende Beschäftigungen, Erkrankungen des Mittel- und Innenohres, sofern sie nicht luetischer Natur sind und alle zu Drüsenerweichungen neigenden Allgemeinerkrankungen." W. Lehmann-Stettin.

Erfahrungen über Salvarsan in der Praxis, von v. Stokar-München. (Med. Klinik, 1913, Nr. 47.) Der Verfasser berichtet über seine Erfolge mit Salvarsan vom Standpunkte des Praktikers, dem nicht das ungeheure Krankenhausmaterial zur Verfügung steht; er glaubt, daß die relativ geringe Anwendung, die das Salvarsan bei den Nicht-Krankenhausärzten findet, darin begründet ist, daß dieselben durch die immer noch zahlreichen veröffentlichten Unfälle abgeschreckt werden. (Sollte nicht auch der enorm hohe Preis des Salvarsans, der Bevölkerungsschichten, die sonst die Krankenhäuser nicht aufsuchen, in dieselben treibt, eine große Rolle spielen? D. Referent.) Die veröffentlichten Unfälle schiebt v. Stokar in vielen Fällen auf die zu großen Dosen des Salvarsans und die oft sehr geringen Zeitintervalle zwischen den einzelnen Injektionen. Die eigenen Erfolge des Verfassers sind bei vorsichtiger Dosierung 0,6 (Neosalvarsan 0,75) bei männlichen jugendlichen, kräftigen Individuen; sonst 0,3—0,4 g und kombinierter Hg-Behandlung, die er in frischen unbehandelten Fällen der ersten Salvarsaninjektion vorausgehen läßt, sehr gute. Seit Vermeidung des Wasserfehlers hat v. Stokar kaum je erhebliche Temperatursteigerungen noch wesentliche subjektive Beschwerden gesehen; er läßt nach der Injektion die Patienten einige Stunden ruhen und dann 24 Stunden zu Hause das Bett hüten. Die Syphilisrezidive sind viel seltener als früher, besonders die hartnäckigen Schleimhautrezidive, und die milderen wie die schweren destruktiven Fälle von Lues tertiaria heilen bei kombinierter Behandlung im allgemeinen vorzüglich; daß man auf diese Weise die infektiösen Formen schnell zur Heilung bringen und auch den Hg-festen Fällen beikommen kann ist ein ganz besonders zu betonender Vorzug; doch sollte man die Patienten immer aufs neue darauf hinweisen, daß sie mit dem Verschwinden und längeren Ausbleiben von Symptomen nicht geheilt sind. Ob man mit Salvarsan allein die Syphilis heilen kann, wird bei der Natur der Krankheit erst eine spätere Zeit zu entscheiden haben. In jedem Falle ist es nach v. Stokar die Pflicht eines jeden gewissenhaften Arztes, eine so schwere Krankheit wie die Syphilis nur mit beiden so wirkungsvollen Mitteln anzugreifen. Lasch-Breslau.

Zur Salvarsanfrage, von J. Kiss-Budapest. (Bőr-és Bujakórtan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujsag, 1912, Nr. 1.) Die außerordentlich sorgfältige Arbeit enthält

Digitized by Google

keine eigenen Erfahrungen, sondern ist eine fleißige Zusammenstellung alles dessen, was in der gesamten Literatur über das Salvarsan gesagt und geschrieben worden ist; wir finden nichts darin, was in dieser Zeitschrift nicht schon an anderen Stellen gebracht worden ist. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Syphilis mittels Salvarsans, von L. Kilary-Plymouth. (Lancet, 1. Febr. 1913.) Die Resultate, welche Verfasser bei einer ersten Serie von 1000 Fällen im Marinelazarett erzielt hat, bringen eine weitere Bestätigung für den therapeutischen Wert dieses in England mit vielfacher Skepsis aufgenommenen Mittels. In der Regel wurden zwei Infusionen gegeben (865 Fälle); bei 17 Patienten konnte nur eine einzige Dosis verabreicht werden, und die übrigen Kranken erhielten 3, 4 oder sogar 5 Injektionen. Nebenbei wurde auch planmäßig mit Quecksilber behandelt. Todesfälle kamen bei dieser Serie nicht vor, und die unerwünschten Nebenwirkungen waren relativ wenig bedeutend. Das Resultat wurde durch die Wassermannsche Reaktion kontrolliert. Es wurden 13 Fälle als invalide aus dem Dienste entlassen, und bis zur Publikation sind 26 Rezidive nachgewiesen worden. Die endgültigen Resultate bei den übrigen 961 Fällen werden im Dienstwege weiter kontrolliert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von A. P. Mitchell. (Edinburgh Journ., Februar 1913.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Salvarsan wirkt günstig in allen Stadien der Syphilis und verändert auch die Wassermannsche Reaktion rascher als Quecksilber. Es ist die Infektiosität bedeutend herabgesetzt, da die Spirochäten in wenigen Tagen aus den oberflächlichen Läsionen verschwinden. Besonders stark wirkt Salvarsan bei Hg-resistenten Formen. Die Gefahren für das Leben, das Nervensystem sind bedeutend übertrieben worden; üble Erscheinungen fallen Fehlern in der Technik zur Last. Die beste Anwendungsmethode ist die intravenöse Infusion. Salvarsan soll stets mit Quecksilber kombiniert werden. Der therapeutische Effekt soll durch die Wassermannsche Reaktion kontrolliert werden. Neosalvarsan ist wegen seiner leichten Zersetzlichkeit gefährlich. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Salvarsananwendung bei einem Kranken mit chronischer Malaria und Syphilis, von Bulgakow. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 2, S. 54.) Die Malaria schwand, die Syphilis blieb latent. Arth. Jordan-Moskau.

Eine neue Methode der Salvarsan-Applikation, von Wactaw Sterling und Stefan Jermutowicz. (Medycyna, 1912, Nr. 40.) Wo wegen bestehender Hindernisse technischer Natur (enge Venen, dickes Fettpolster) Salvarsan intravenös nicht eingeführt werden konnte, versuchten die Verfasser das Salvarsan per Rektum zu applizieren und kommen auf Grund von sieben Beobachtungen Lues II und zwei Beobachtungen Lues III zum Schlusse, daß zwar die Resorption keine gleichmäßige sei, weshalb größere Salvarsangaben zu verwenden sind, daß aber folgende Gründe für diese Therapie sprechen: 1. absolute Schmerzlosigkeit, 2. technische Einfachheit, 3. Möglichkeit, das Salvarsan dort zu applizieren, wo dies intravenös kontraindiziert ist. 4. endlich der Mangel jeglicher Nebenwirkungen. H. Rosmarin-Lemberg.

Die Technik der konzentrierten intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von Paul Ravaut. (Presse méd., 1913, Nr. 27.) Der Vorteil der konzentrierten Salvarsanlösungen besteht darin, daß man den Wasserfehler auf ein Minimum reduzieren, daß man das Kochsalz vollständig eliminieren und alle Kautschukröhren vermeiden kann. Außerdem vermindert die Schnelligkeit der Zubereitung die Gefahr der Oxydation des Mittels. Man braucht ferner kein frisch destilliertes Wasser mehr; der Verfasser machte eine Reihe von Injektionen mit in Ampullen aufbewahrtem, käuflichem, destilliertem Wasser, dessen Herstellung mehrere Wochen zurücklag. Die Lösung kann entweder in

Digitized by Google

dem Gefäß, welches das destillierte Wasser enthält, durch Aufgießen des Pulvers hergestellt werden, oder man gießt das Wasser in eine 10 ccm fassende Ampulle, in der das Neosalvarsan geliefert wird. Letzterer Modus ist besonders in der Spitalpraxis zu empfehlen, wo man bei einer Serie vorzunehmender Injektionen das Wasser aus einem größeren Gefäß jedesmal in die Ampullen laufen lassen kann. Übrigens konnte der Verfasser die Flüssigkeitsmenge bis auf 8 und 10 ccm für Dosen von 0,9 Salvarsan reduzieren, ohne einen Schaden zu beobachten. Um die Lösung in die Spritze zu saugen, ließ er sich eine 6 cm lange Glasröhre konstruieren, welche in ihrem Innern einen sterilen Gazetampon enthält und sich auf die Spritze aufsetzen läßt. Hierdurch gelingt es, Glaspartikelchen und ungelöste Medikamentteilchen in wirksamer Weise abzufiltrieren. Nach Aufsaugen der Flüssigkeit wird dieser Tubus mit einer gewöhnlichen Kanüle vertauscht und die Injektion nach Entfernung der Luft in 15—20 Sekunden vorgenommen. Man braucht auf diese Weise nicht mehr als zwei Minuten für sämtliche Manipulationen. Bis jetzt hat der Verfasser über 420 Injektionen auf diese Weise gemacht.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Technik der intramuskulären Injektionen von Salvarsan in öliger Suspension, von F. Balzer. (Presse méd., 1913, Nr. 27.) Der Verfasser verwendet meistens das Ehrlichsche Salvarsan und Neosalvarsan. In neuerer Zeit hat er aber auch mit Erfolg die Präparate von Mouneyrat erprobt, ein Tetraoxydiphosphaminodiarsenobenzen und ein Tetraoxyphenyldisulfamiddiaminodiarsenobenzen. Zur Injektion benutzt er Ampullen, welche diese Substanzen in einer Mischung von Lanolin und Mohnöl verrieben enthalten. Für Neosalvarsan nimmt er auch eine Ölverreibung. Zur Verminderung der Schmerzen wird an zwei Stellen injiziert und zwar je 0,15 Neosalvarsan in der Lumbalgegend etwas über einer Linie, welche die Crista ossis ilei schneidet und 2 cm über dieser ersten Stelle. Will man an den Glutäen injizieren, so benutzt man die Schindlersche Technik.

Bei Erwachsenen werden auf diese Weise wöchentlich 0,3 g Neosalvarsan gegeben. Eine Serie von 4 bis 6 derartiger Injektionen genügt für die meisten Kranken. Nach dieser Kur wird eine Quecksilberbehandlung angeschlossen. Nach vier oder fünf Monaten erhalten die Kranken wieder drei Neosalvarsaninjektionen, worauf wieder eine Quecksilberbehandlung folgt. Als allgemeines Behandlungsschema gibt der Verfasser folgende Methode an: Erstes Jahr: 5—6 Injektionen von 0,3 g Neosalvarsan, dann 3—4, dann nochmals 3—4 Injektionen. Zweites Jahr: Zwei Kuren von 3—4 Injektionen. Drittes Jahr: 1—2 und viertes Jahr eine derartige Kur. Jede Neosalvarsankur wird von einer Quecksilberkur gefolgt. Trotzdem wöchentlich 40—50 Kranke auf diese Art behandelt werden, wurden nie schwere Nebenerscheinungen oder Neurorezidive beobachtet. Auf die Injektionen folgt ein mehrere Stunden anhaltender Schmerz, der aber am folgenden Tage schon sehr abnimmt.

A. Gunsett-Straßburg.

Aqua destillata versus Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von G. A. Stephens. (Brit. med. Journ., 5. April 1913) Aus früheren Experimentaluntersuchungen hat Verfasser entnommen, daß die medikamentös verwendeten Schwermetalle, wie Hg, einen erheblichen Einfluß auf die Oberflächenspannung auszuüben imstande sind. Er nimmt an, daß ihre Anwesenheit im Organismus zu einer Quellung und Auflösung von Zellen führt, wodurch die an die Zellen gebundenen Antikörper freigemacht und zur Entfaltung ihrer spezifischen Tätigkeit befähigt werden. Eine gleiche Wirkung schreibt er der subkutanen Injektion von destilliertem Wasser in Dosen von 6—10 ccm zu, die er bei zwei Fällen von Epitheliom und bei vier Lueskranken mit günstigem Erfolg auch praktisch erprobt hat. Die Injektionen wurden während einer Periode von 2—3 Wochen jeden zweiten resp. dritten Tag gegeben und hatten jedenfalls eine meistens

Digitized by Google

auffällige Besserung der syphilitischen Läsionen im Gefolge, und auch beim ulzerierten Epitheliom war ein gewisser Erfolg zu verzeichnen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis, nebst ergänzenden Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit, von K. Altmann und G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 9 und 10.) Verfasser haben den Liquor cerebrospinalis bei 170 Syphiliskranken in verschiedenen Stadien vor und nach der Einleitung der Salvarsanbehandlung genau untersucht und gelegentlich auch noch ein drittes Mal im Laufe der mit Hg fortgesetzten Behandlung. Ferner haben sie 104 Patienten mit latenter Lues, welche wegen irgend welcher anderen Erkrankungen das Krankenhaus aufsuchten, ebenfalls (meist nur einmal) lumbalpunktiert. Es handelte dabei sich darum, festzustellen, inwiefern die bei Luetikern unter Salvarsandarreichung von verschiedenen Verfassern konstatierten Veränderungen am Liquor der Therapie und andererseits bis zu welchem Grade dem Einfluß der Krankheit an sich zugeschrieben werden mußten. Berücksichtigt wurden hierbei die Wassermann-Reaktion (auch im Blute), der Liquordruck und die chemisch-zytologischen Verhältnisse am Liquor. In einer Reihe von Tabellen (sowie kurzen Krankengeschichten) werden die Resultate für die verschiedenen Gruppen Lues I, Lues I + II, Lues II und Lues III vorgeführt. Es ergibt sich daraus unter anderem, daß im Frühstadium der Syphilis der Druck nur bei höchstens 22% der Fälle völlig normal war. Ferner, daß von den vor der Behandlung eine erhebliche Drucksteigerung aufweisenden Patienten die überwiegende Mehrzahl (17 : 5) bei der Salvarsanbehandlung eine Rückkehr zur Norm erfuhren, während ein vor dem Beginn der Salvarsananwendung normal befundener Druck auch nachher sich als normal erwies. Ähnliche Resultate ergaben sich mit Bezug auf die zytologischen Verhältnisse. Eine Verschlechterung unter den Salvarsanfällen wurde lediglich nur dann konstatiert, wenn die Behandlung zur Zeit der Untersuchung eine ungenügende gewesen war. Zu einer ausgiebigen Kur sind nach den Erfahrungen der Verfasser in der Regel 6—8 Injektionen (3—4 g) in 4—6 Wochen gegeben in Verbindung mit Quecksilber (ca. 1,2 Hg. salic. oder bessser 0,8 Kalomel) nötig. Ehe ein Syphilitiker als geheilt bezeichnet werden darf, ist auf Grund der jetzigen Kenntnisse von der Krankheit die Untersuchung des Liquors entschiedenes Erfordernis. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan gegen Quecksilber, von E. Wood Ruggles-Rochester. (New York med. Journ., 28. Dez. 1912.) R. ist nach einer Reihe von 45 Fällen, welche etwa 100 Salvarsaninjektionen erhalten haben, ein begeisterter Anhänger des neuen Mittels geworden, das er, wie allerwärts hervorgehoben, nur mehr intravenös anwendet und in vielen Fällen dem Quecksilber überlegen erklärt. Mit Ausnahme der ersten 4—5 Fälle haben alle Patienten Quecksilber (in Form von Injektion oder Inunktion) zwischen der ersten und zweiten Salvarsaninjektion und noch 6—7 Wochen hindurch nach der letzteren bekommen, so daß wohl der Titel des Aufsatzes nicht ganz berechtigt erscheint und eher Salvarsan plus Quecksilber lauten müßte, wenn auch bekanntlich zuweilen, wie bei maligner Syphilis, Quecksilberidiosynkrasie, das Salvarsan vorzuziehen ist. Die Methode der Salvarsaninfusionen, welche R. anwendet und überhaupt als eine ziemlich schwierig zu erlernende bezeichnet, ist im allgemeinen jene mit dem Zweiweghahn und nur in untergeordneten Dingen von den üblichen, als bekannt vorauszusetzenden Methoden abweichend. Stern-München.

Salvarsan bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, von Dr. S. Ljass-Saratof, Rußland. (Neurolog. Centralbl., 1913, Bd. 32, Nr. 4.) Der Verfasser betont zunächst den Unterschied zwischen luetischen und metaluetischen Erkrankungen in bezug auf die zu erwartende Heilwirkung des Salvarsans; dieselbe wird naturgemäß bei den metaluetischen Erkrankungen, deren Parthogenesis

Digitized by Google

wir noch nicht einmal genau kennen, geringer sein als bei den eigentlichen luetischen. Seine eigenen Beobachtungen teilt Ljass ein in drei Gruppen und zwar: progressive Paralyse, acht Fälle, sieben Fälle Tabes dorsales und fünf von Gehirnsyphilis. Nur von der letzteren Gruppe bringt der Verfasser ausführlichere Krankengeschichten, von denen aber hier nur als Resümee gegeben werden soll, daß bei Fall 1 und Fall 2 auffallend schnelle Besserungen erzielt wurden, während im 3., 4. und 5. Falle das Salvarsan versagt hat.

Bei Tabes dorsales waren es sieben Fälle im 34.—45. Lebensjahre mit ausgeprägtem Krankheitsbild und mehr oder weniger subjektiven Beschwerden. In keinem Falle trat ein Kureffekt ein, der der Wirkung des Präparates zugeschrieben werden konnte.

Bei acht Fällen von progressiver Paralyse gibt der Verfasser nur kurze Skizzen, weil er überzeugt ist von der Nutzlosigkeit der Salvarsanbehandlung. Die Bemerkungen des Verfassers über Technik, Dosierung usw. bieten nichts Neues. Im Anschluß erwähnt Ljass zwei Fälle, die er als Konsiliarius zu beobachten Gelegenheit hatte, von denen besonders der zweite interessant ist. Im ersten Falle war ein Monat nach der zweiten intramuskulären Salvarsaninjektion eine Abduzenslähmung aufgetreten, die aber auf eine Hg-Kur glatt zurückging; ob Salvarsan oder Luesfolge, läßt der Verfasser unentschieden.

Der zweite Fall, den Ljass als Unikum darstellt, verlief folgendermaßen: Der Patient hatte fünf Jahre nach einer zweifelhaften Infektion positive Wassermannsche Reaktion. Deswegen erhielt er im März 1912 0,45 Salvarsan intravenös, dann acht Injektionen von Hg. salicylicum und 20 Hg-Einreibungen, und zum Schluß, am 9. Mai, noch einmal Salvarsan 0,5. Am 18. Mai erschien der Patient wieder bei Ljass und dieser nahm während der Konsultation wahr, daß dem Patienten die Erinnerung an alles, was zwischen dem 9. und 18. Mai mit ihm vorgegangen war, inklusive der Salvarsaninjektion, entschwunden war. Dabei hatte er sich in den zwischenliegenden, Tagen bis auf kleine Zerstreutheiten sowohl im Beruf wie in der Familie, korrekt benommen. Diesen Fall rechnet der Verfasser zum ambulatorischen Automatismus, wie er bei Epilepsie, Alkoholismus oder Trauma wiederholt beschrieben worden ist. Das Resümee des Verfassers geht dahin, 1. in einigen frischen Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems erweist sich Salvarsan, als ein sehr wertvolles, eventuell lebensrettendes Heilmittel; 2. auf Tabes übt Salvarsan außer vielleicht in den allerersten Stadien, keine sichtliche Wirkung aus; 3. auf progressive Paralyse übt Salvarsan keine Wirkung aus; 4. die zwei Jahre, in denen Salvarsan im Gebrauch ist, sind keine genügend lange Zeit, um ein definitives Urteil zu fällen. Lasch-Breslau.

Das Salvarsan bei syphilitischen Schwangeren und Neugeborenen. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 1.) Sauvage (15. Sitzung der soc. obstét. de France, 10. Okt. 1912) hält das Salvarsan den sekundär syphilitischen Symptomen Schwangerer gegenüber für äußerst wirksam; doch sollen die Symptome leicht wiederkehren. Die Injektion ist zwar für das Leben des Kindes nicht ohne Gefahr, doch ist diese Gefahr eine geringe. Hingegen schützt die Salvarsanbehandlung Schwangerer das Leben des Kindes vor den schweren Gefahren, welche ihm seitens der Infektion der Mutter während des intrauterinen Lebens drohen. Bei aktiver Syphilis der Mutter soll man deshalb eine Salvarsanbehandlung vornehmen. Bei symptomloser Lues der Mutter soll Salvarsan nur angewandt werden, wenn die präkonzeptionelle Behandlung ungenügend war. Sonst soll nur Quecksilber und Jod gegeben werden. Veränderungen der Leber und Niere sind immer eine formelle Kontraindikation für Salvarsan.

Bei syphilitischen Neugeborenen glaubt Chambrelent-Bordeaux, daß die Salvarsantherapie von reellem Nutzen ist. Selbst die indirekte Applikation, besonders wenn die Amme selber syphilitisch ist, soll nicht außer acht gelassen werden. Er wendet im allgemeinen die subkutane oder intramuskuläre Injektion von Neosalvarsan an (10—15

Digitized by Google

Milligramm pro Kilo Körpergewicht). Daneben soll noch Quecksilber und Jod angewendet werden.

Fabre und Bourret-Lyon geben einer Schwangeren nie mehr als 0,3. Pemphigus neonatorum ist nach diesen Verfassern eine absolute Indikation für Salvarsan.

A. Gunsett-Straßburg.

Salvarsan bei hereditärer und akquirierter Syphilis im Säuglings- und Kindesalter, von Otto Rüdiger. (Diss., Jena, 1911.) Bei hereditär-syphilitischen Kindern in den ersten Lebensjahren sind befriedigende Erfolge bisher nicht erzielt worden. Wenn auch symptomatisch viel erreicht werden kann, so ist doch die große Frage nach der Möglichkeit einer völligen Entkeimung noch nicht gelöst. Die Aussichten auf Heilung sind um so günstiger, je mehr man sich der mit Quecksilber kombinierten, chronischen fortlaufenden Salvarsanbehandlung nähert, wobei nach Spiethoff nur das Auftreten somatischer Nebenerscheinungen als Kontraindikation gelten soll. Bei der Behandlung der kongenitalen Lues im Säuglingsalter, wo ein deutliches Mißverhältnis besteht zwischen der Schwere der Erkrankung, die mit den hartnäckigsten Fällen von Spätlues der Erwachsenen zu vergleichen ist, zur Toleranz den spezifischen Mitteln gegenüber, erscheint die Einführung des Neosalvarsans wegen seiner reizloseren Wirkung vor allem bei intramuskulären Injektionen als ein beachtenswerter Fortschritt. Sobald es die anatomischen Verhältnisse gestatten, soll auch bei Kindern die Salvarsankur auf intravenösem Wege durchgeführt werden. Verfasser ist es gelungen, ein 16 Monate altes Kind ohne Freilegung des Gefäßes in die Kubitalvene zu injizieren. Welde hat verschiedentlich mit Erfolg versucht, bei Säuglingen die Kopf- oder Halsvenen, nachdem sie durch Fingerdruck gestaut waren, zur intravenösen Infusion zu benutzen. Für die Beurteilung der Erfolge des Salvarsans und Herausbildung der besten Methodik ist vor allem ein über längere Zeiten sich erstreckendes Beobachtungsmaterial nötig, das bis jetzt noch nicht vorliegt.

Fritz Loeb-München.

Untersuchungen bezüglich des Salvarsantodes, von P. Marschalkó und D. Veszprémé-Kolozsvár. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 23—24.) (S. diese Ztschr., Bd. 55, S. 1631.)

Porosz-Budapest.

Erweichungsprozesse im Rückenmark bei einem Syphilitiker nach Injektion von Salvarsan, von L. Newmark-San Francisco. (Amer. Journ. med. scien., Dez. 1912.) Ein 23jähriger Mann, welcher drei Jahre zuvor infiziert und verschiedentlich mit Sublimatinjektionen und anderweitig behandelt worden war, erhielt eine Dosis von 0,6 Salvarsan als intramuskuläre Injektion je zur Hälfte in beide Glutäen. Nach anfänglichem vollständigem Wohlbefinden stellten sich 56 Stunden später Symptome von Paraplegie an den unteren Extremitäten ein, und binnen zwei Tagen war diese komplett geworden. Patient ging trotz Behandlung mit Hg, Jod und einer intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan etwa zehn Wochen später zugrunde. Das genau (mit Abbildungen) geschilderte Ergebnis der Untersuchung des Rückenmarks entspricht den bei Syphilis vorkommenden Läsionen. Verfasser neigt aber doch zu der Auffassung, daß das Salvarsan eine gewisse toxische Rolle bei dem pathologischen Vorgang gespielt haben dürfte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelle Untersuchungen über die Neurotropie des Salvarsans, von Albert Morel und Georges Mouriquand. (Lyon méd., 1913, Nr. 6.) Verfasser haben Kaninchen und Hunden Salvarsan injiziert und dann die Organe auf Arsen untersucht. Sie fanden, daß im Gehirn (inkl. Kleinhirn, Bulbus und Hirnnerven) so gut wie kein Arsen vorhanden sei, daß also nicht von einer Neurotropie gesprochen werden könne. Viel Arsen fand sich dagegen in der Leber und in den Nieren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Rezidivierende Iritis nach Salvarsan, von VAN LIND. (Policlinique, 1913, Nr. 4.) Ein 27jähriger Patient erhielt wegen einer linksseitigen, syphilitischen Iritis 0,8 Neosalvarsan, worauf die Erscheinungen völlig verschwanden. Nach zehn Tagen erhielt er eine neuerliche Injektion und drei Tage später trat am selben Auge eine Iritis auf. Diese heilte unter viertägigen Einspritzungen von 0,4 Neosalvarsan.

Der zweite Fall betrifft einen 47jährigen Mann, der an einer Iritis unbekannter Natur litt, die unter lokaler Behandlung abheilte. Ein halbes Jahr später wurde er von Gummen und Kopfschmerzen befallen, die mit Quecksilber und dann mit Salvarsan behandelt wurden. Einen Monat nach der letzten Salvarsaninjektion trat am früher erkrankten Auge ein Iritis auf. Verfasser glaubt, daß es sich in diesen Fällen nicht um ein zufälliges Rezidiv handle, sondern um eine Art tardive HERXHEIMERsche Reaktion. Denn einerseits ist kein schädigender Einfluß des Arsens auf die Iris bekannt, andererseits ist die Iritis nur auf dem bereits früher erkrankten Auge aufgetreten, niemals am gesunden. Richard Frühwald-Leipzig.

Labyrinthitis syphilitica, von EVELY. (Policlinique, 1913, Nr. 4.) Der Kranke hatte sich im Juni 1912 mit Syphilis infiziert. Im September erhielt er 0,45 und nach einer Woche 0,6 Neosalvarsan. Hierauf machte er eine energische Hg-Kur in Form von Inunktionen und Enesolinjektionen durch. Anfang Januar 1913 trat links Fazialislähmung und Taubheit auf. 14 Tage später wurde der Kranke plötzlich von Schwindel und Übelkeiten befallen, er fiel ohne Bewußtseinsverlust hin. Es entwickelte sich auch rechts Taubheit. In diesem Falle handelt es sich also um eine doppelseitige, syphilitische Labyrinthitis. Richard Frühwald-Leipzig.

Taubheit nach Salvarsan, von C. A. CLAPP-Baltimore. (Journ. amer. med. assoc., 8. März 1913.) Ein 22jähriger Mann erhielt nach Quecksilber 0,6 g Salvarsan intravenös. Einige Wochen danach Schwindel und Taubheit; später Besserung.

Über den ursächlichen Zusammenhang dieser Erscheinungen mit der Salvarsananwendung will Verfasser kein Urteil fällen, jedoch tritt nach seinen Beobachtungen Taubheit seit der Salvarsantherapie häufiger auf als früher. Fendt-Wiesbaden.

Über Störungen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Zerebrospinalflüssigkeit („Neurorezidive." Ein Salvarsantodesfall), von H. ASSMANN-Leipzig. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 50/51.) Im Dortmunder städtischen Krankenhause wurden zehn sogenannte „Neurorezidive" nach Salvarsananwendung beobachtet. Sie traten alle im sekundären Stadium, 4—5 Monate nach der Infektion, 5—8 Wochen nach der letzten Salvarsananwendung auf. Neben isolierten Störungen des 2., 7. und 8. Hirnnerven traten in drei Fällen auch schwere zerebrale Erscheinungen auf, die unter dem Bilde einer Meningitis, eines Status epilepticus und JACKSONscher Epilepsie verliefen. Die Untersuchung des Lumbalpunktates ergab in allen Fällen starke Pleozytose, vermehrten Eiweißgehalt, positive NONNE-APELTsche Reaktion, WASSERMANN im Liquor achtmal positiv, im Blut in allen Fällen. Aus diesen Befunden folgert Verfasser, daß die „Neurorezidive" nichts weiter seien als echte luetische Meningitis, wie sie auch bei nicht mit Salvarsan behandelten Fällen vorkommt. Bei Sitz der meningitischen Prozesse auf der Konvexität werden lokalisierte Krämpfe auftreten, Status epilepticus und JACKSONsche Epilepsie bei Kombination der meningealen mit Rindenprozessen. Bei der häufigsten Form, der reinen Basalmeningitis, stehen Störungen der basalen Hirnnerven im Vordergrund, unter denen wieder die in engen Knochenkanälen liegenden Nerven (2., 7. u. 8.) besonders gefährdet sind, weil ein entzündliches meningeales Ödem in den Nervenscheiden hier zu Kompression und schwerer Schädigung führen muß.

Digitized by Google

Wenn bei dieser Auffassung der „Neurorezidive" als luetischer Meningitis eine Neurotropie des Salvarsans auch strikte verneint wird, so kann ihm doch nicht eine wichtige Rolle für die Entstehung dieser früher nie derart häufig beobachteten schweren nervösen Störungen im Frühstadium der Lues abgestritten werden. Infolge rapider Tötung der meisten Spirochäten durch Salvarsananwendung bleiben die sonst auftretenden Immunisierungsvorgänge aus, so daß etwa im Nervensystem zurückgebliebene Spirochätenherde mangels vorhandener Immunkörper ungestört auskeimen und zu schweren Entzündungserscheinungen am Nervensystem führen können. Das erklärt auch die prompte Heilwirkung, die das Salvarsan auf die Neurorezidive ausübt, doch wird vorsichtige Dosierung, wiederholte kleine Dosen (am besten mit Hg kombiniert) empfohlen, um Herxheimersche Reaktionen und dadurch erneute Schädigung zu vermeiden. Durch die Behandlung wurde eine Besserung, wenn auch nicht normales Verhalten des Liquorbefundes erreicht.

Im Anschluß an die lesenswerten Ausführungen, von denen nur das Wichtigste wiedergegeben ist, wird noch über einen Fall von Salvarsantod berichtet. Drei Tage nach einer zweiten Gabe von 0,6 Salvarsan intravenös traten Krämpfe und Bewußtseinsstörungen auf, die am fünften Tage zum Tode führten. Autopsie ergab Trübung von Leber und Nieren, Blutungen im Gehirn.

Über die Ursachen kommt Verfasser zu einem Non liquet, obgleich eigentlich doch mehr Momente für eine echte toxische Ursache sprechen.

H. Lautsch-Graudenz.

Erfahrungen über Neosalvarsan, von Wilhelm Lier-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) An der Ehrmannschen Klinik wurden bisher 425 Injektionen, vorwiegend intravenös, in der letzten Zeit auch öfter intramuskulär vorgenommen. Die Nebenwirkungen des Neosalvarsans waren durchweg wesentlich kleiner und weniger häufig als beim Salvarsan. Es entfaltet seine beste Wirkung bei primärer und tertiärer Lues, sowie bei den nässenden Formen der Sekundärperiode, während es bei den trockenen Formen schwächer wirkt als das Quecksilber. Stets ist es nur in Verbindung mit diesem zu gebrauchen, wobei die einzelnen Neosalvarsaninjektionen in größeren Zwischenräumen zu verabreichen sind; die erste soll außerdem in einer kleineren Dosis bestehen oder aber eine kurze Merkurbehandlung ihr vorangehen. Besonders indiziert erscheint das Quecksilber in jenen Fällen, in denen es durch das Quecksilber zu schweren Stomatitiden oder zur Nierenreizung kommt.

W. Lehmann-Stettin.

Über Neosalvarsan, von Th. Marschalkó-Kolozsovàr. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 33.) Bei mehr als 200 bisher vorgenommenen Infusionen nahm Verfasser in keinem einzigen Falle Vergiftungssymptome wahr. Aber er hielt Maß bei der Dosierung ebenso wie beim Salvarsan, d. h. die maximale Dose, die er auf einmal injiziert hat (Frauen 0,3, Männer 0,4 Salvarsan), war 0,45—0,6 Neosalvarsan, aber er setzte die Dose der ersten Fusion bei jedem einzelnen Patienten noch herab und brachte die erwähnten maximalen Dosen nur bei sonst gesunden, kräftigen Individuen an. 3—4 Infusionen kann man wöchentlich bis in zehn Tagen geben. Die jeden zweiten Tag vorgenommenen fünf Infusionen nacheinander, die Schreiber empfiehlt, hält Verfasser auch in kleineren Dosen nicht für gefahrlos, weil man mit der kumulativen Wirkung rechnen muß. Die Folge der hypotonischen Lösung kann eine Temperaturerhöhung von einigen Zehntel Grad sein, die er unmittelbar nach der Infusion beobachtet hat, die aber in kurzer Zeit spurlos verschwunden ist. Verfasser bereitet die Lösung ohne Kochsalz, weil dies das ganze Verfahren leichter macht. In zwei Fällen hat er das Mittel auch in Form einer intramuskulären Injektion angewendet. Der als ganz schmerzlos gepriesene „Joha" ist doch manchmal recht schmerzhaft und ruft auch dann noch Infiltrate und Gewebsnekrosen

Digitized by Google

hervor, wenn eine „sachverständige Hand" die Injektion in den Glutaeus medius vornimmt. M. hatte auch einen Patienten, dem ein deutscher Professor die „Johainjektion appliziert hatte und der behauptete, daß diese Injektion unvergleichlich größere Schmerzen hervorrief, als eine ein halbes Jahr später intraglutäal vorgenommene Salvarsaninjektion; dabei entwickelte sich auch ein hühnereigroßes Infiltrat, das noch 10 Monate später ziemlich druckempfindlich war. Zur intramuskulären Injektion löste M. 0,6 Salvarsan entsprechend, also 0,9 Neosalvarsan in 15 ccm Wasser auf und injizierte den beiden Patienten in der oberen äußeren Quadranten der glutäalen Gegend. Jeder Patient bekam 0,45 Neosalvarsan. Ein Patient fühlte keinerlei größere Schmerzen, es zeigte sich auch keine größere Reaktion (37,6° C Temperaturerhöhung); der zweite Patient hingegen klagte über große Schmerzen, die sich sofort nach der Injektion (11 Uhr vormittags) einstellten und bis abends dauerten, aber die Injektionsstelle war am dritten Tage auch spontan noch empfindlich und auf Berührung sehr schmerzhaft. Temperaturerhöhung war 39,2° C. Infiltration beobachtete Verfasser bei keinem Kranken. Bei einem 25jährigen intelligenten Patienten mit schwerer Rupia war die in dreitägigen Zwischenräumen (0,4 und 0,5) vorgenommene Infusion von wunderbarer Wirkung. Den Patienten quälten außer hektischen Fiebern große Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit usw. In der Nacht nach der Infusion schlief er gut, Kopfschmerzen und Fieber hörten auf einen Schlag auf. Die Rupien auf dem ganzen Körper gingen rasch in Heilung über. In 14 Tagen waren sie ganz geheilt. Der Patient nahm in der ersten Woche drei Kilo zu. Nach der vierten Infusion bekam er eine Inunktionskur, die er sehr gut vertragen hat. In 10 Wochen nahm er 15 Kilo zu. Bei schwacher positiver Wassermann-Reaktion ertragen solche Patienten Quecksilber — wenigstens anfangs — entweder gar nicht oder schlecht. In Intervallen von 8—14 Tagen muß man kleinere Dosen einspritzen, damit der Patient nicht der Gefahr einer Vergiftung ausgesetzt wird. Man soll die Injektionen nur mit Quecksilberkuren kombiniert anwenden. Man darf nicht vergessen, daß man die Kuren auch zum sonstigen Schaden der Gesundheit der Patienten nicht übermäßig forcieren darf, um die Wassermann-Reaktion um jeden Preis negativ zu machen. Wesentliche Vorbedingungen der Abortivbehandlung sind, daß die Sklerose vollkommen frisch, nur einige Tage, höchstens einige Wochen alt sei, daß das Blutserum der Patienten noch vollkommen negativ reagiert oder eine kaum beginnende positive Reaktion gibt, und daß bei allgemeiner Behandlung die Sklerose entweder abheilt oder wenigstens durch ihre und der Drüsen sorgfältige lokale Behandlung (Quecksilberpflaster, Kalomelsalbe usw.) die dort zurückgebliebenen Spirochäten vernichtet. Porosz-Budapest.

Neosalvarsan, Erfahrungen mit Salvarsan IV, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Als Gesamtergebnis seiner an 69 Patienten durchgeführten Beobachtungen über die Wirkungsweise des Neosalvarsans konstatiert Verfasser, daß dasselbe für solche Fälle paßt, welche einen der Salvarsanwirkung analogen, aber milderen und weniger eingreifenden Effekt erfordern. Auch spricht die Vereinfachung der Technik zugunsten des neueren Mittels, wenngleich auch bei diesem noch viele Fehlerquellen Unheil anrichten können. Zu diesen gehört die Beschaffenheit des zur Lösung nötigen Wassers, worüber D. in erster Linie ausführlich spricht. Abgesehen von bakteriellen Verunreinigungen kann die Beimischung von chemischen Bestandteilen, Blei, Kupfer usw., bei Verwendung von unzweckmäßigen Destillatoren Unglück herbeiführen. Man gebrauche nur ein zweimal in einem ganz aus Jenaer Glas bestehenden Apparate hergestelltes Destillat. Was die Dosierung betrifft, so ist nach D. s Darlegung von verschiedenen Verfassern teils mit zu großen, teils mit zu kleinen Gaben gearbeitet worden. Man vermeidet unangenehme Zwischenfälle am sichersten, indem man nach einer Vorbehandlung mit Hg (wobei D. eine Vorliebe für Kalomel hat),

Digitized by Google

anfangs nur kleine Dosen (0,15—0,3) gibt, bei günstigem Verlauf aber alsdann in Abständen von 1—2 Tagen mit Gaben von 0,45—0,75 (höchstens 0,9) fortfährt, so daß in 5—6 Wochen etwa 7,5 Neosalvarsan verabreicht werden. Bei weniger widerstandsfähigen Frauen soll man für die Einzeldosis 0,45—0,75 g nicht überschreiten. Unter Beobachtung aller dieser ausführlich dargelegten Kautelen waren bei 406 Injektionen nur 37 mal Störungen allgemeiner Art zu konstatieren, und eine Temperatur über 37° C kam nur 19 mal vor. Einige bemerkenswerte Krankengeschichten sind in ihren Hauptpunkten zur weiteren Begründung beigefügt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Neosalvarsan in der Behandlung der Syphilis, von Sabsowitsch. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 4, S. 133.) In 50 Fällen von Syphilis hat Verfasser das Neosalvarsan versucht und es 72 mal, darunter 55 mal intravenös und 17 mal intramuskulär injiziert. In 16,6% der Fälle stieg die Temperatur nach der Injektion bis 39°, Kopfschmerzen wurden oft beobachtet, Krämpfe zweimal, Bewußtseinsverlust einmal. Aus diesen Gründen ist auch Verfasser der Ansicht, daß es noch verfrüht wäre, der leichteren Löslichkeit und der neutralen Reaktion wegen dem Neosalvarsan den Vorzug vor dem Salvarsan zu geben. Arthur Jordan-Moskau.

Zur Kenntnis der Neosalvarsanwirkung bei Keratitis parenchymatosa, von H. Hoehl-München. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) In der Münchener Universitäts-Augenklinik sind versuchsweise 7 Fälle von Keratitis parenchymatosa e lue congenita mit Einträufelung von Neosalvarsanlösung 4 Wochen lang behandelt worden. Es wurde eine stets frisch bereitete $2^1/_2$%ige Lösung verwendet und hiervon täglich zweimal 1—2 Tropfen eingeträufelt. Ein erkennbarer Erfolg war nicht zu konstatieren, und es wurde deshalb von weiteren Versuchen abgesehen, zumal die Keratitis parenchymatosa als eine Spirochätenerkrankung nicht anzusehen ist und auch aus theoretischen Gründen demnach nicht als geeignetes Behandlungsobjekt gelten kann.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Neosalvarsan bei Malaria und bei Syphilis, von W. Iwanow. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 47.) Auf Grund von einigen Versuchen mit Neosalvarsan (7 bei Malaria und 6 bei Syphilis) spricht Verfasser dasselbe als ein spezifisches, wenn auch nicht absolutes Mittel bei Malaria und Syphilis an. Die intravenöse Einführung des Neosalvarsans ist verhältnismäßig ungefährlich. Die reaktiven Erscheinungen sind fast immer in dieser oder jener Form vorhanden, aber in geringerem Grade als beim Salvarsan. Die wiederholten Eingießungen verlaufen bei verhältnismäßig schwächeren reaktiven Erscheinungen. Arthur Jordan-Moskau.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Psoriasis — eine Neurose, von William P. Cunningham-New York. Alle Eigentümlichkeiten der Psoriasis bezüglich der stets und konstant wiederkehrenden Prädilektionsstellen, bezüglich des gleichzeitigen Ausbruches einer Eruption an vielen weit voneinander entfernten Punkten und einer fast absoluten Symmetrie der Verteilung, bei sonst kräftigen Personen, bei denen eigentliche Störungen des Stoffwechsels nicht nachweisbar sind, weisen nach Ansicht des Verfassers ziemlich klar auf einen zentralen Faktor, mit anderen Worten auf das Nervensystem hin. Die gute Wirkung des Arsens läßt sich leicht erklären durch seine altbekannte tonische Wirkung auf das Nervensystem. Die Erfolge stickstofffreier Diät lassen sich erklären durch die dadurch erreichte Vermeidung einer Stimulierung des Nervensystems. Die Besserung, die man so häufig bei Klimawechsel

Digitized by Google

sieht, ist ebenso auf nervöse Einflüsse zurückzuführen; das gleiche möchte er von Seebädern und ähnlichem sagen. Er versucht seine Anschauungen zu beweisen durch drei von ihm kurz mitgeteilte Fälle, bei denen die verschiedensten Kuren von einem Mißerfolg begleitet waren, bis eine längere Reise oder ein längerer Landaufenthalt vollkommenes Verschwinden der Hauterscheinungen mit sich brachte, ohne daß während dieser Zeit Medikamente gegeben wurden oder auf die Diät irgend welche Rücksicht genommen worden wäre. W. Lehmann-Stettin.

Ist die Psoriasis ein Hautsymptom konstitutionell-bakterieller Erkrankungen oder eine echte Hautkrankheit, von Hübner-Marburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Die Annahme Menzers (ibidem 1912, Nr. 45), daß die Psoriasis eine Art Tuberkulid darstelle, ist nicht gerechtfertigt. Beginn wie ganzer Verlauf stemple sie zu einer echten Hautkrankheit, die mit Vorliebe gerade bei sonst völlig Gesunden aufzutreten scheint. O. Junghanns-Dresden.

Über die Infektionserreger der Psoriasis vulgaris. Vorläufige Mitteilung, von St. Serkowski und J. Wisniewski. (Nowing lekarskie, 1913, Nr. 3.) Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es den Verfassern, „mit großer Wahrscheinlichkeit" die Infektionserreger der Schuppenflechte in Form eines filtrierbaren Virus zu finden.

Es sind dies minimale, nur ultramikroskopisch sichtbare Körnchen, die eine große Ähnlichkeit mit den Körperchen haben, die Paschen in den Blatternbläschen gefunden hat. Die Technik der Verfasser besteht im folgenden: Die aus den tiefsten Schichten gesammelten Schuppen einer Psoriasiseffloreszenz werden mit einer geringen Menge physiologischer Kochsalzlösung in einem Mörser zerrieben, dann in einem sterilen Gefäß mit Überschuß von physiologischer Kochsalzlösung 1—2 Stunden lang in einem elektrischen Schüttelapparat durchgeschüttelt; das Extrakt wird durch Berkefeld-Filter filtriert und das klare Filtrat in einem Kollodiumsäckchen kondensiert, in dem die Infektionserreger zurückgehalten werden.

Mit dem so gewonnenen Filtrat wurden nun von Verfassern an drei Psoriasiskranken folgende Inokulationsversuche gemacht: Nach Skarifikation der Haut in einer gewissen Entfernung von den vorhandenen Effloreszenzen der Schuppenflechte werden in die skarifizierten Stellen Tropfen des Filtrats aus dem Kollodiumsäckchen eingerieben und diese Stellen dann steril verbunden.

Zur Kontrolle wurden in andere skarifizierte Stellen entweder dasselbe Filtrat, das aber einer höheren Temperatur ausgesetzt wurde, oder nur sterile physiologische Kochsalzlösung eingerieben. Bei allen diesen Versuchen kam es zu einer vorübergehenden, etwa 4 Tage dauernden, lokalen Hautreizung; aber nach Ablauf von 10—14 Tagen erschienen an den mit dem nicht erwärmten Filtrat behandelten Stellen typische Psoriasiseffloreszenzen.

Verfasser glauben wohl annehmen zu dürfen, daß dieses Resultat durch Vorhandensein der Infektionserreger in dem Filtrat bedingt wird. Gegen diese Annahme spricht zwar der Umstand, daß die Versuche nicht an gesunden, sondern an bereits an Psoriasis erkrankten Menschen gemacht worden sind, für diese Annahme dagegen die 10—14 tägige Inkubation, das regelmäßige Entstehen der Schuppen nur an den Stellen, wo das nicht erwärmte Filtrat inokuliert wurde, das Fehlen derselben an den Kontrollstellen. Die Inokulation des erwärmten Filtrats hat bei allen drei Patienten nicht nur keine Bildung von Schuppen an den inokulierten Stellen hervorgerufen, sondern auch eine teilweise Rückbildung der bereits bestehenden Effloreszenzen der Schuppenflechte, — also im Sinne einer Autovakzination gewirkt.

Verfasser sind sich dessen bewußt, daß diese interessanten Resultate noch einer

Digitized by Google

eingehenden Kontrolle bedürfen und sind weiter damit beschäftigt, das von ihnen gefundene filtrierbare Psoriasisvirus genauer zu studieren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von Psoriasis, von J. Epstein-New York. (New York med. Journ., 5. April 1913.) Der Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, das seit 6 Wochen mit dem Leiden behaftet, vergebens von zwei Ärzten behandelt war und von E. außer der lokalen Chrysarobinsalbe Schilddrüsenextrakt 3 mal täglich 0,18 g erhielt. Die Besserung war schon nach 8 Tagen eine auffallende und nach weiteren 2 Wochen bis zur völligen Heilung vorgeschritten. E. ist geneigt, den guten Erfolg ausschließlich dem Thyreoidextrakt zuzuschreiben, da Chrysarobin nur alle 3 Tage abwechselnd an den verschiedenen Körperstellen angewendet worden und in seiner Wirkung doch recht unsicher sei.

Stern-München.

Das Ehrmannsche Froschaugenphänomen im Blutserum von Psoriasiskranken, von Arthur Sommer-Breslau. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 2.) Während in normales menschliches Blutserum gebrachte Froschaugenpupillen sich erweiterten, blieben sie im Serum von Psoriasiskranken konstant eng. In Fällen ausgebreiteter Psoriasis war die Verengerung stärker als in Fällen geringerer Ausbreitung. Nach Abheilung der Psoriasis bleibt die Reaktion bestehen. Verfasser vermutet, daß die Reaktion mit einer gewissen Minderwertigkeit adrenalinähnlicher Substanzen im Blutserum Psoriasiskranker zusammenhänge.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Behandlung der Schuppenflechte, von Alfred Jungmann-Wien. (Dtsch. med. Wochenschr., Nr. 48.) Verfasser will ein zusammenfassendes Bild über die wichtigsten Grundzüge der Schuppenflechtenbehandlung skizzieren: In erster Linie ist in diätetischer Hinsicht bei ausgedehnter Fleischnahrung diese einzuschränken, etwaige Stuhlverstopfung ist immer zu bekämpfen. Von großer Wichtigkeit ist ferner die Vergesellschaftung mit uratischer Anlage, Diabetes, Rheumatismus, in solchen Fällen sollen stets die Grundübel behandelt werden. Als internes Mittel steht im Vordergrund das Arsen, daneben werden erwähnt Jod, Jodipin, Arsojodin und Schilddrüsenpräparate. Von den äußerlich zu applizierenden Mitteln haben eine elektive Wirkung auf die Psoriasiseffloreszenzen Teer, Chrysarobin und Pyrogallol. Vor Anwendung dieser Mittel werden prinzipiell die Schuppen beseitigt durch Oleum olivarum, erweichende Salben, Pflaster, Seifenwaschungen oder im Dampfbade, Heißluftkasten, Lichtbade. Anstelle des Chrysarobins und Pyrogallols werden auch deren Derivate verwendet: Eurobin, Lenirobin, Eugallol, Lenigallol, Saligallol. Von sehr milder Wirkung ist ferner eine 10%ige Teerzinkpaste und 2—5%ige weiße Präzipitatsalbe, von drastischer Wirkung die Dreuwsche Salbe. Alle wirksamen Substanzen können gelegentlich Vergiftungserscheinungen hervorrufen. Der Salbenbehandlung haften große Unannehmlichkeiten an, welche die 1898 in die Behandlung der Psoriasis eingeführte Bestrahlungs- und Belichtungstherapie vermeidet. Leider wirken auch diese Methoden nur symptomatisch und nicht in allen Fällen. Bei der Röntgenbestrahlung ist Vorsicht nötig: mittelweiche Röhren in Dosen, welche die halbe Erythemdosis nicht übersteigen, also nicht über $2^1/_2$ H; vor zirka sechs Wochen keine zweite Bestrahlung. In leichteren Fällen pflegt schon bald nach der ersten Bestrahlung die Psoriasiseruption ohne sichtbare Entzündung allmählich zu schwinden. Auch mit Uviollicht und mit dem Lichte der Kromayerschen Quarzlampe gelangt man zum Ziele. Durch die Lichtapplikation wird eine charakteristische Lichtreaktion hervorgerufen, unter der die Affektion zur Ausheilung kommt. Uviolbestrahlung wirkt milde: gesunde Partie abdecken, $^1/_2$—1 Stunden bestrahlen. Mehr als einige Sitzungen sind nicht empfehlenswert wegen der auftretenden Pigmentation. Die Reaktionen der Kromayerschen Quarzlampe führen meist zur Blasenbildung. Bestrahlung aus einer Ent-

Digitized by Google

fernung von ca. 5 cm 5—10 Minuten. Die Heliotherapie ist auch versucht worden, die Versuche haben aber noch zu keinem rechten Ergebnis geführt. Franz-Dresden.

Die Behandlung der Psoriasis, von Jacob Bresslen-New York. (New York med. Journ., 5. April 1913.) In den drei Arbeiten wird als äußeres Mittel in erster Linie Chrysarobin, ferner Pyrogallol, das weniger Dermatitis hervorruft und daher in größerem Umfange angewendet werden kann, und als inneres Mittel As hervorgehoben; besonders gute Erfolge hatte B. mit tiefen Injektionen von Na. cacodylicum, speziell bei der Spitalbehandlung. Röntgenbestrahlung ist in hartnäckigen Fällen indiziert und gibt oft Dauererfolge. Im allgemeinen sind aber Rezidive die Regel, und man sollte dem Patienten niemals völlige Heilung versprechen. Pemslen fand Psoriasis ziemlich häufig bei Kindern in 3—5% aller Fälle von Hautkrankheiten; ätiologisch scheint die Heredität eine wichtige Rolle zu spielen. Stern-München.

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis mit Bädern aus medikamentösen Emulsionen, von Henri Wilmet. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Eisessig bei Psoriasis, von G. F. Cregan-Manchester. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Bei einem typischen Fall von Schuppenflechte von mehrjähriger Dauer erzielte C. binnen etwa 14 Tagen eine vollständige Heilung durch die lokale Anwendung von Acidum aceticum glaciale. Der Patient, Seemann, klagte über etwas brennende Schmerzen als Folge der Behandlung, die gute Wirkung hat aber jetzt schon längere Zeit vorgehalten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie der Psoriasis, von Brocq und Simon-Paris. (Med. Press. a. Circ., 6. Nov. 1912.) Enthält nichts Neues. Fendt-Wiesbaden.

Die Strahlenbehandlung der Psoriasis vulgaris, von Leopold Freund-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) F. weist darauf hin, daß eine günstige Beeinflussung der Psoriasis durch Röntgenstrahlen, und zwar ohne irgend welche Schädigung der Haut, in den meisten Fällen nur eine Frage exakter Technik ist. Da aber Rezidive nach einmaliger glatter Beseitigung der Effloreszenzen nicht ausbleiben und chronisch intermittierende Behandlung, auch wenn sie in einzelnen Fällen zu einem definitiven Resultate führen kann, doch ziemliche Gefahr bietet, so empfiehlt F., die Wirkung der Röntgenbestrahlung dadurch zu einer besseren zu gestalten, daß er die Schuppen und parakeratotischen Infiltrate vor der Bestrahlung mechanisch entfernt. Das beste Mittel hierzu erscheint ihm die Kürette; nach einem radikalen Kürettement, gefolgt von Verbänden mit schwacher Kochsalzlösung, genügt ein bis zwei Drittel der Epilationsdosis. Bei dieser Form der Behandlung ist es F. gelungen, in einzelnen Fällen Rezidive zu vermeiden. W. Lehmann-Stettin.

Über die fötale Ichthyose, von Leonardo Martinotti. (Giornale ital. delle mal. vener., 1911, Nr. 1.) Der Verfasser teilt einen Fall von Ichthyosis foetalis Keratoma intrauterinum, Hyperkeratosis universalis congenita) mit. Das am vierten Tage nach der Geburt verstorbene Kind wies bei der Sektion eine rechtseitige Pneumonie, akuten Milztumor, akute parenchymatöse Nephritis und Stauungsleber auf. Histologisch fand sich in der Haut eine Vermehrung und Erweiterung der Gefäße, Vermehrung der Zahl der Schweiß- und Talgdrüsen, welche aber im einzelnen wenig ausgebildet waren, ferner eine generalisierte Hyperkeratose, welche an den leichter befallenen Stellen nur an den Öffnungen der Follikel lokalisiert war. Auch das Innere der meisten Follikel war hyperkeratotisch. A. Gunsett-Straßburg.

Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie, von J. Nicolas und H. Moulot. (Lyon méd., 1912, Nr. 49.) Die Verfasser beschreiben diese Erkrankung bei zwei Brüdern. Die Haut ist generalisiert gerötet, und es besteht starke ichthyosiforme Hyper-

Digitized by Google

keratose, die stellenweise Hornplatten bildet. Die Veränderungen sind an den Gelenkbeugen am stärksten ausgeprägt. Auf dem Haupte besteht starke Pityriasis, Handteller und Fußsohlen sind intakt. Die Erkrankung ist kongenital; sie kann leicht von der Ichthyosis vulgaris unterschieden werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Zwei interessante Fälle von Dermatitis exfoliativa neonatorum, von S. Ujj-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 43.) Die literarischen Daten zusammenfassend behauptet Verfasserin, daß Dermatitis exfoliativa neonatorum nicht das Symptom einer allgemeinen, sondern daß es eine lokale Erkrankung ist. Mit voller Gewißheit kann man einen Mikroorganismus als den wahren Krankheitserreger annehmen. Kasuistik: Zwei Geschwister; bei dem einen Kind stellte sich das Leiden am 4. Tage ein, der Tod trat am 21. Tage ein. Beim zweiten zeigte sich das Leiden am 1. Tage nach der Geburt. Die Haut war auf der ganzen Oberfläche des Körpers lebhaft rot, trocken, glänzend, pergamentartig, stark gespannt, namentlich auf dem Gesicht und über den Gelenken; das subkutane Bindegewebe war infiltriert. Auf dem Gesicht, dem Halse, in der Inguinalbeuge löste sich das verdickte Epithel in größeren Streifen ab, und die nasse rote Epidermis war frei sichtbar. In kurzer Zeit wächst die Intensität des Hautprozesses, das Körpergewicht nimmt ab, die Temperatur schwankt zwischen 37—38,5°. Das Kind wird immer schwächer und stirbt am vierten Tage unter Erschöpfungssymptomen. Das Krankenbild trat im strengen Sinne des Wortes bei einem Neugeborenen auf. Es hat im intrauterinen Leben seinen Anfang genommen, und das Kind brachte das Leiden mit auf die Welt. 24 Stunden nach der Geburt war die Dermatitis schon in einem solchen fortgeschrittenen Stadium, daß man annehmen mußte, daß es sich nicht in einigen Stunden entwickelt hat. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa, von Panfilow. (Med. Obosrenje, 1913, Nr. 3.) Verfasser beobachtete einen typischen Fall von Dermatitis exfoliativa bei einem 23jährigen Dienstmädchen, welches angab, bald nach einen großem Schreck und allgemeiner Verkühlung des Körpers, indem sie barfuß, nur mit einem Hemd bekleidet, im Winter ins Freie gelaufen war, zum erstenmal erkrankt zu sein. Der unter allgemeiner Rötung und Schuppung der Haut einhergehende Krankheitsprozeß war vergangen, kehrte aber nach einiger Zeit wieder und führte zum Tode. Die histologische Untersuchung verschiedener Hautstückchen zeigte die von Vidal beschriebenen Hautveränderungen.

Arthur Jordan-Moskau.

Ekzem vom Standpunkte des Praktikers, von A. Ravoglibin-Cinnati. (The Lancet Clinic, 1913, Nr. 6.) Mit Recht bemerkt Ravogli, daß für die Mehrzahl der praktischen Ärzte, die zu einer Erkrankung der Haut gerufen werden, die Diagnose „Ekzem" lautet. Er bringt dann einen historischen Überblick über den Kampf der Dermatologen, ob man es mit einer Dermatitis oder mit einem Ekzem zu tun habe, gibt die Richtlinien an, nach denen man die Diagnose stellen und die Behandlung leiten soll. Selbst für die kurz mitgeteilten Ansichten Willans und seiner Schüler, Razers und der ihm anhängenden Franzosen, ferner Unnas und F. v. Hebras fehlt hier der Platz, und ich will nur kurz wiedergeben, wie der Verfasser selbst den Begriff „Ekzem" definiert: Das Ekzem ist ein chronischer oder akuter Entzündungsprozeß, der sich dokumentiert durch Hyperämie, Infiltration oder Exsudation in den tieferen Papillarschichten der Haut, er erzeugt Rötung, Schwellung, Knötchen-, Blasenbildung oder eine rote Oberfläche, die, der Epidermis beraubt, Serum absondert mit Bildung von Schuppen und Knoten und begleitet ist von Jucken und Brennen. Um eine wirkliche Definition vom Wesen der Krankheit zu geben, muß man auch die ätiologischen Momente berücksichtigen. Wenn man unter dem Sammelnamen „Ekzem" alle Dermatitiden von Sonnenstrahlen oder die von Quecksilber oder anderen chemischen Agenzien einrechnen will,

Digitized by Google

dann ist es natürlich schwierig, ein einheitliches ätiologisches Moment zu finden, besonders wenn man noch hinzunimmt, daß von vielen Internisten unzweckmäßige Nahrung resp. Verdauungsstörungen und von Neurologen in Übereinstimmung mit bedeutenden Dermatologen, wie Bulklay, Brocq und Kaposi, nervöse Einflüsse zur Erklärung der Entstehung des Ekzems herbeigezogen werden.

Dann trat im Jahre 1890 Unna mit seiner Bakterientheorie, „dem Morokokkus" auf, und seine Ergebnisse wurden durch klinische Beobachtungen und Tierexperimente vom Verfasser und anderen bestätigt, so daß der Verfasser das Ekzem auffaßt als eine katarrhalische Entzündung der Haut, hervorgerufen durch das Vegetieren von Staphylokokken in den tieferen Schichten der Epidermis respektiv der oberen des Papillarkörpers, d. h mit anderen Worten: das Ekzem beginnt da, wo die künstliche Dermatitis aufhört, d. h. die häufig genannten Schädigungen produzieren eine Dermatitis, die so lange eine Dermatitis bleibt, bis die Staphylokokken an der mazerierten Epidermis zu wuchern beginnen, sich kleine Bläschen bilden und das Ekzem anfängt. Dabei ist nicht außer acht zu lassen, daß es ein akutes Ekzem ohne vorherige Dermatitis gibt. Der in Frage kommende Staphylokokkus gehört zur Klasse des Staphylococcus albus und hat keinen sehr infektiösen Charakter. Der Verfasser bespricht dann die Gruppen der Akne-, Furunkulose-, Lykosiserkrankungen und die Rolle, die die in die Blutbahn verschleppten pathogenen Mikroorganismen in bezug auf die Verbreitung des Ekzems von einer Stelle aus spielen. Er ist geneigt, dem Juckreiz und dem diesem folgenden Kratzen eine große Bedeutung zuzuschreiben, geht dann näher auf die anaphylaktischen Eigenschaften der Haut ein und nimmt im Gegensatz zu Weidenhold, der die Verschiedenheit des klinischen Bildes als Grund gegen die Annahme bakterieller Erkrankung anführt, an, daß gerade hierin ein Beweis dafür liege, daß das Ekzem zu den durch Mikroorganismen hervorgerufenen Affektionen gehöre, und daß die Verschiedenartigkeit des Krankheitsbildes bei verschiedenen Individuen von der verschiedenen Widerstandsfähigkeit der Haut herrühre und bei demselben Individuum von verschiedener Resistenzfähigkeit der befallenen Teile. Er resümiert seine ätiologischen und klinischen Anschauungen über das Ekzem in folgende drei Sätze: 1. eine traumatische, chemische oder physikalische Reizung der Haut, 2. die Tätigkeit der Staphylokokken, 3. die reaktive Eigenart der Haut, die mit einer besonderen Veranlagung des Organismus zusammenhängt. Die Varietäten der Form des Ekzems (erythematös, papulös, vesikulös) sind abhängig vom Grade der Reizung und der Empfindlichkeit der Haut. In bezug auf Prognose und Behandlung faßt sich der Verfasser sehr kurz. Es ist falsch, von vornherein eine schlechte Prognose zu stellen, es ist falsch, die Patienten hungern zu lassen; innerliche Behandlung gibt es nicht; nur die Verdauung ist zu beobachten und zu regeln. Dann empfiehlt er sehr kurz einige der bekanntesten Medikamente, die er aus der großen Anzahl von Anpreisungen herausgreift. Er persönlich hat mit der Vakzinetherapie bei Ekzem keine guten Erfolge gehabt. Im Anschluß macht Ravogli noch einige Bemerkungen über die Behandlung des chronischen Ekzems mit X-Strahlen; er hat zwar einige gute Erfolge zu verzeichnen, warnt aber doch im ganzen vor der Anwendung, ausgenommen in Fällen, in denen eine besonders starke Verdickung und Infiltration der Haut vorhanden sei, die auf sonstige Mittel nicht reagiere, in diesen Fällen könne man zwei bis dreimal 2—3 Minuten lang bestrahlen, um die Absorptionsfähigkeit der Haut anzuregen. Lasch-Breslau.

Ekzem am Munde als Symptom von kongenitaler Syphilis, von L. Findlay und H. F. Watson-Glasgow. (Lancet, 29. März 1913.) Auf Grund von Beobachtungen bei 21 Fällen bezeichnen Verfasser eine gewisse ekzematöse Läsion in der Umgebung des Mundes als ein charakteristisches Zeichen der kongenitalen Syphilis. In ihrer am meisten ausgeprägten Form zeigt die Affektion folgende Eigenschaften: sie ist an einem

Digitized by Google

der Mundwinkel oder an allen beiden lokalisiert und strahlt von dorther trichterförmig auf die Wange aus, oder es ist auch der ganze Mund davon umsäumt. Die Läsionen sind von roter Farbe, oft stark hyperämisch, meist trocken und schuppig, obzwar gelegentlich lebhaftes Sezernieren auftritt. Die Schleimhaut der Lippe ist in der Regel auch ergriffen und macht einen papillären Eindruck. Die Lippen sind oft in toto geschwollen und verdickt, Gelegentlich ist auch die Umgebung der Naseneingänge in ähnlicher Weise affiziert. Sonstige syphilitische Stigmata sind in der Regel nicht vorhanden; aber bei den beobachteten Fällen war das Ergebnis der Seroreaktion mit solcher Regelmäßigkeit ein positives, daß daraufhin, und gestützt auf gelegentliche anamnestische und andere Anhaltspunkte, Verfasser nicht anstehen, die Läsionen als ein Syphilissymptom anzusprechen. Sie meinen, daß die Affektion sonst viel unter der Bezeichnung Pityriasis sicca, Dermatitis seborrhoica, skrofulöses Ekzem oder tuberkulöses Ekzem von anderen Beobachtern rubriziert worden sein mag. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pellidol und Azodolen (Kalle & Co. A. G. Biebrich) zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese, von Bortlin-Gießen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Die als Pellidol und Azodolen bezeichneten Präparate sind als Verwandte des Scharlachrots zu bezeichnen; sie sind in Fett und Öl löslich und frei von giftigen Nebenwirkungen. Das Pellidol wird als Diazetyl-amido-azodoluol aufgefaßt, während beim Azodolen noch ein Jodeiweiß hinzukommt. Eine 2—4% ige Salbe erwies sich sowohl bei Brandwunden als auch bei den durch exsudative Prozesse bedingten Ekzemen (etwa 20 Fälle) außerordentlich wirksam. Es wurden alle Formen, nässende, krustöse, schuppende, trockene gleichmäßig günstig beeinflußt. Namentlich wird die ausgesprochene juckstillende Wirkung rühmend hervorgehoben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Hochfrequenzströme bei Ekzema, von E. G. Charbonneau-Newark. (New York med. Journ., 12. Okt. 1912.) In einem jener hartnäckigen Fälle von Kinderekzem, wo behaarter Kopf, das ganze Gesicht, beide Hände und Unterextremitäten befallen waren und sechs Monate lang vergebens eine Reihe anderer Mittel angewandt worden waren, gelang es Ch. mit lokaler Anwendung von Hochfrequenzelektrizität, abwechselnd mit 4—6 Sitzungen mit Röntgenstrahlen, rasche und gründliche Heilung zu erzielen. Nach im ganzen 14 Behandlungen (? innerhalb 14 Tagen?) war das Kind völlig geheilt.
Stern-München.

Beitrag zur Behandlung des Säuglingsekzems mit Schilddrüse (Opotherapie), von P. A. A. Valmorin. (Thèse de Bordeaux, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über das Ekzem bei Brustkindern in Abhängigkeit von Diathesen im kindlichen Alter, von Schkarin. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 11, S. 387.) Verfasser stimmt denen bei, welche das Ekzem der Brustkinder in Abhängigkeit von einer Diathese im kindlichen Alter bringen, da er in hartnäckigen Fällen von Ekzem eine erhöhte nervöse Erregbarkeit und Zeichen von Spasmophilie beobachtete und Besserungen von Kalkpräparaten, Phosphor, Lebertran, Brom und Kalzium sah, wo die sonstige Therapie im Stiche ließ. Arthur Jordan-Moskau.

Die Behandlung des Ekzems, der Krätze und einiger anderer Hautkrankheiten mit Xylol per se, von Missikow. (Ther. Rundschau [russisch], 1913, Nr. 4.) Seit sechs Jahren wird auf Rat vom Prosektor Danilowski im Odessaer Neuen Stadtkrankenhaus mit Erfolg das Xylol als parasitentötendes Mittel gegen Flöhe und Läuse angewandt. Das veranlaßte M., das Xylol, mit welchem er Watte tränkte und ein bis zweimal am Tage die kranken Stellen befeuchtete, bei Krätze, Trichophytie, Onychomycosis favosa anzuwenden. Da auch hier der Erfolg nicht ausblieb, versuchte er es bei einigen Ekzemen, wo es sich gleichfalls bewährte. Arthur Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Die Behandlung der Skabies mit Ristin, von A. Roth-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujság, 1912, Nr. 3.) Ristin ist der Monobenzylester des Äthylenglykols, eine wasserklare Flüssigkeit, die nicht klebt, die einen kaum wahrnehmbaren Geruch hat und die nicht schmutzt. Als Mittel gegen Skabies ist es in einer Lösung von 10 g Ristin, 25 g Alkohol und 5 g Glyzerin im Verkehr. 28 Patienten wurden vom Verfasser mit Ristin behandelt. Jeder Kranke schmierte in 24 Stunden dreimal damit den Körper, einmal vor dem Niederlegen, das zweitemal morgens beim Aufstehen und das drittemal abends wieder vor den Niederlegen. Am Morgen nach der dritten Einreibung nimmt er dann ein Bad und sorgt für reine Leib- und Bettwäsche. In schwereren Skabiesfällen wird das Verfahren wiederholt. Die Kranken vertrugen die Behandlung mit Ristin sehr gut, auch in Fällen mit Ekzem einhergehender Skabies sah Verfasser bei dieser Behandlung keinen Hautreiz. In zwei von 28 Fällen war er bemüßigt, zu anderen Behandlungsmethoden zu greifen. Es waren zwei Brüder, die nicht zu gleicher Zeit die Ristinbehandlung vorgenommen und sich dadurch einer neuen Skabiesansteckung (einer vom anderen) ausgesetzt hatten. Mit Wilkinson zu gleicher Zeit behandelt, hörte die Skabies bei ihnen auf. Das Mittel ist teuer. 300 g kosten 6 Kronen.
Porosz-Budapest.

Über die Behandlung der Skabies mit Salizylnikotinseife Kade, von K. Kall-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Von der Firma Dr. Kade in Berlin wird eine als Skabosan bezeichnete Salizylnikotinseife in den Handel gebracht, welche 10% Salizylsäure und 0,08% Nikotin enthält und sowohl wirksam wie frei von schädlichen Nebeneffekten und sehr angenehm im Gebrauch sein soll. K. hat das Präparat im Laufe der letzten zwei Jahre bei 121 Fällen, Männer, Frauen und Kinder, zu seiner vollen Zufriedenheit erprobt. Gewöhnlich wurde nach einem anfänglichen Reinigungsbade die Salbe an drei Tagen morgens und abends eingerieben, worauf ein zweites Reinigungsbad 24 Stunden nach der letzten Einreibung folgte. Die Firma gibt zum Preise von M. 4,50 Portionen in Originalpackung ab, welche für eine Kur vollkommen ausreichen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kopra-Skabies, von A. Castellani-Colombo. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Der Name Kopra ist die technische Bezeichnung für die getrockneten Kerne der Kokosnuß, wie solche für die Herstellung von Kokosnußöl und andere Derivate verwendet werden. Bei den mit ihrer Bearbeitung beschäftigten Arbeitern hat C. wiederholt einen Ausschlag beobachtet, welcher mit der gewöhnlichen Skabies viel Ähnlichkeit hat. Die Untersuchung des bei der Reinigung der Kerne entstehenden staubigen Abfalls ergab darin oft in großer Anzahl einen der Krätzemilbe ähnlichen Parasiten, der von Zoologen als eine neue Art von Sarkoptes anerkannt wurde. Es gelang in vielen Fällen, durch Auflegen desselben auf die menschliche Haut die Dermatitis in charakteristischer Form hervorzurufen. Die Milben bohren sich aber nicht in die Haut ein, sondern bleiben nur an der Oberfläche haften. Zur Behandlung erwiesen sich Perubalsam und β-Naphtol (als 10—20%ige Salbe) von prompter Wirkung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur Behandlung der Pityriasis versicolor, des Erythrasma, der Skabies, der Psoriasis vulgaris und Akne vulgaris, von M. Oppenheim. (Centralbl. f. d. ges. Ther., 1912, H. 9.) Für erstere beiden empfiehlt Verfasser sehr Waschungen mit Rp. Natrii subsulfurosi 20,0, Aq. destill. ad 200,0, für Akne Schleichsche Marmorseife mit 10% Sulf. praec., für Skabies ebenso mit 1% Naphtol, für Psoriasis Pic. liquid. oder Ol. rusci 20,0 auf 200,0 Marmorseife. Haas-Hamburg.

Diagnose und Behandlung der Mykosen, von A. T. Plicque. (Bull. méd., 1912, Nr. 97.) Zusammenfassende Übersicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die Behandlung der Dermatomykosen, von Viktor Klingmüller-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Allgemeine Übersicht: Die Dermatomykosen werden durch pflanzliche, der Gruppe der Schimmelpilze zugehörige Parasiten hervorgerufen, sie lassen sich ungezwungen in zwei Gruppen teilen: 1. Pityriasis versicolor, Erythrasma, oberflächliche Affektionen ohne wesentliche Entzündungserscheinungen; 2. Favus und die Trichophytien, Affektionen, welche in die Tiefe gehen, mit Entzündungserscheinungen. Behandlung: Durch Desinfektionsmittel die Pilze abtöten oder wenigstens in ihrem Wachstum schädigen, künstliche Hyperämie oder Entzündung setzen, um dadurch den andersartigen Prozeß der Krankheit selbst zur Ausheilung zu bringen, durch Abschälen der oberflächlichsten Epidermisschichten die daransitzenden Pilze mechanisch entfernen (auch Entfernung der Haare); schließlich ist neuerdings spezifische Therapie als ausführbar mitgeteilt. Wenn stärkere Auflagerungen vorhanden sind (Favus, Trichophytien), werden diese erst entfernt durch 5—10% ige Salizylsalben, genügt das Mittel nicht, kann mit Kamm, Pinzette und Waschungen mit Seifenspiritus nachgeholfen werden. Unter den Desinfektionsmitteln sind in erster Linie das Sublimat und die Jodtinktur zu nennen. Reizung muß vermieden werden, weil auf den gereizten Bezirken die Krankheit sich leicht ausbreitet. Deshalb beginne man mit Sublimat 1 : 20000 unter Schützung der gesunden umgebenden Haut durch Zinkpaste. Auch bei Anwendung der Jodtinktur ist Vorsicht geboten, nur 2—3 Tage lang täglich zwei bis dreimal aufpinseln, dann aussetzen. Als desinfizierende Mittel kommen außerdem noch in Betracht: Formalin, Spiritus- (40% ig) verbände, essigsaure Tonerde, Alsol, Seifenspiritus. Die Behandlungsmethoden, welche künstliche Hyperämie oder Entzündung hervorrufen, sind zahlreich, die allgemeiner angewandten Mittel sind: Chrysarobin als 3—10% ige Salbe, Pyrogallol als 2—3% ige Salbe ev. mit Zusatz von Salizylsäure oder abwechselnd mit Chrysarobin, Quecksilber in den verschiedensten Formen, besonders als weiße Präzipitalsalbe (2—5% ig), Krotonöl, fast nur in der Form des Sabouraudschen Salbenstiftes. Zur Abschälung der Haut kommen in erster Linie die violetten und ultravioletten Strahlen in Frage, ferner Naphtol ($^1/_4$—1% ige Salbe), Resorzin ($^1/_2$—5% ige Salbe), Salizylsäure (2—10% ige Salbe), Salizylseifenpflaster. Die alten Epilationsverfahren sind in neuerer Zeit fast ganz verdrängt durch die Röntgenbehandlung. Diese kann aber nur der anwenden, welcher für jeden Fall und für jede einzelne Bestrahlung eine genaue Dosierung gewährleisten kann. Bloch (Basel) hat einen neuen Weg der Behandlung gewiesen, die spezifische Behandlung, Impfung mit Trichophytin (aus Trichophytiekulturen hergestellter Extrakt), und hat damit Heilung erzielt. Demnächst stellt der Verfasser für die besonderen Krankheitstypen nochmals eine Reihe bewährter Heilverfahren, die oben schon genannt, sind zusammen, besondere Erwähnung verdient hier, daß bei Favus des Nagels die einmalige Entfernung des Nagels fast ausnahmslos zur Heilung führt. Zum Schlusse weist Verfasser auf den Wert der Prophylaxe hin: Anstellung von Schulärzten, Hygiene der Barbierstuben, und schließt mit dem Satze, daß Sauberkeit allein schon ein hinreichender Schutz gegen Ansteckung sei.

Franz-Dresden.

Die Behandlung der Dermatomykosen mittels eines neuen Verfahrens, von Pech. (Bull. méd., 1913, Nr. 10.) In einem Aufsatze über die Behandlung von Wunden mit Äther und Alkohol berichtet Verfasser über einige Fälle von tiefer Trichophytie des Bartes, die er mit konsequenter Vereisung mit Chloräthyl behandelte. Das therapeutische Resultat war ausgezeichnet. Die Wirkung war nach der Ansicht des Verfassers nicht auf die Kälte, sondern auf die Ätherkomponente zurückzuführen. Dieses Verfahren kann eventuell auch bei anderen Dermatosen (Ekthyma usw.) in Anwendung kommen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sporotrichosis, von Sofus Widerøe-Kristiania. (Nord. med.

Digitized by Google

Arkiv, 1912, Bd. 45.) Der Patient ist als Auspacker von ausländischen, in Stroh eingepackten Waren beschäftigt. Es bildet sich auf dem linken Handrücken ein erbsengroßer Furunkel — hellrot, unempfindlich —. Nach 14 Tagen lymphangitische Streifen am Unterarm mit mehreren markstückgroßen, teigigen, etwas empfindlichen subkutanen Knoten. Die Krankheit zieht sich bis zur Mitte des Oberarmes. Es treten weiter Drüsenschwellung in der Achselhöhle auf. Am ganzen Arm sieht man große und kleine stark bläuliche Narben, die sich gegen die Faszie verschieben lassen. Daneben kleine, mit Krusten bedeckte Hautinfiltrate am Oberarm. Die Drüsen der Achselhöhle sind stark geschwollen, unempfindlich. Die bakteriologische Untersuchung bestätigt die Diagnose einer Sporotrichosis. Therapie, Jodkali. Heilung. Drei sehr instruktive Illustrationen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Fall von Sporotrichose, von DE BEURMANN und FULCONIS. (Bull. méd., 1912, Nr. 96.) Die Patientin litt seit 28 Jahren an einer mysteriösen Krankheit, die sich in Form von kutanen und subkutanen Knoten und von Knochenherden manifestierte. Das linke Bein bot den Anblick von Elefantiasis und Madurafuß. Die bakteriologische Untersuchung ergab Sporotrichose. Die Kranke starb an Erschöpfung infolge der vielen Eiterungen. Es handelt sich hier um eine neue Erscheinungsweise der Sporotrichose.

Richard Frühwald-Leipzig.

Generalisierte Sporotrichose mit multiplen uneröffneten disseminierten Gummen, von CH. DU BOIS-Genf. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 11.) Zu den zehn bis jetzt aus der Schweiz mitgeteilten Sporotrichosefällen fügt der Verfasser noch einen elften. Bei einem 46jährigen Kranken stellte sich nach einem fieberhaften Bronchialkatarrh eine Eruption von Gummen ein, welche anfangs für luetisch gehalten wurde. Drei dieser Gummen waren sichtbar und saßen am Haarrand der Temporalgegend, am Kinn und Oberschenkel; das letztere war das größte. Außerdem wies der Kranke noch eine ganze Reihe von am ganzen Körper zerstreuter Knötchen auf, welche tiefer, im Unterhautzellgewebe, gelegen und nur durch die Palpation nachzuweisen waren. Aus dem durch aseptische Punktion eines Knötchens entleerten Eiter konnte mit Leichtigkeit das Sporotrichum BEURMANNI gezüchtet werden. Heilung mit Jodkali.

A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Die **American Dermatological Association** wählte auf ihrer im Mai d. J. in Washington, D.C. abgehaltenen 47. Jahresversammlung Dr. JAMES MACFARLANE WINFIELD-Brooklyn zum Präsidenten, Dr. SIGMUND POLLITZER-New York zum Vizepräsidenten und Dr. OLIVER S. ORMSBY-Chicago zum Schrift- und Kassenführer.

Dem Professor der Dermatologie und Oberarzt im städtischen Allgemeinen Krankenhause l. d. J., Dr. KARL POSSELT in München, wurde nach 50jähriger Dienstleistung als Krankenhausarzt das Sternkreuz des Bayrischen Ludwigsordens verliehen.

Dr. FREDERICK GARDINER wurde zum Lektor der Dermatologie an der Universität in Edinburgh ernannt, ebenso Dr. G. H. LANCASHIRE an der Universität in Manchester.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. August 1913 | Nr. 32 | Band 57

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Bern (Prof. JADASSOHN).

Histologische Untersuchungen über Trichophytie-Heilung und -Allergie beim Meerschweinchen.

Von

Dr. S. HANAWA aus Japan.

Trotz der unzähligen Arbeiten, welche im Laufe der letzten Jahre über die Beziehungen von Heilung, Immunität und Überempfindlichkeitsreaktionen erschienen sind, sind wir doch über die histologischen Veränderungen bei den Heilungsvorgängen, die wir auf Immunisierung mit resp. durch Ausbildung von Überempfindlichkeit beziehen, wenig orientiert. Der Grund liegt wohl darin, daß wir wenig zyklisch und in relativ kurzer Zeit augenscheinlich durch Überempfindlichkeit und Immunisierung zur Heilung kommende Krankheiten bei Tieren kennen. Es ist auch klar, daß lokalisierte Krankheiten für solche histologische Untersuchungen günstiger sind als generalisierte.

Ein ganz ausgezeichnetes Objekt bietet nach allen diesen Richtungen die Trichophytie der Tiere, speziell der Meerschweinchen, dar, deren typischen Ablauf zur Heilung wir durch die schönen Untersuchungen von BR. BLOCH und MASSINI kennen gelernt haben. Wir wissen, daß diese Krankheit zu einer Immunisierung der Haut führt, und zwar in einer ganz bestimmten, fast stets gleichen Zeit, die mit der der spontanen Heilung in gesetzmäßigem Zusammenhang steht, und wir wissen, daß nach resp. während der Ausbildung der Immunität die Haut eine Überempfindlichkeit erwirbt, die sich durch die Kutireaktion auf Trichophytin resp. Endotrichophytin deutlich manifestiert (cf. BLOCH-THARDSHIMANJANZ). Die menschliche Trichophytie ist für solche Untersuchungen viel weniger geeignet, einmal, weil man natürlich nicht serienweise exzidieren kann, dann aber auch, weil ihr Ablauf viel weniger gesetzmäßig ist. Das macht sich schon in der außerordentlich verschiedenen spontanen Heiltendenz geltend; ferner auch in den großen Differenzen, die sich bei den Überempfindlichkeitsreaktionen manifestieren, und die zwar oft, wie BLOCH und MASSINI betont haben, bei den tiefen Trichophytien positiv, bei den oberflächlichen negativ sind, doch aber von dieser Regel nach

Digitized by Google

beiden Richtungen abweichen können, wie Versuche auch an der hiesigen Klinik lehrten.

Ich selbst habe mich von dem Verlauf der primären Trichophytieinokulation beim Meerschweinchen und der sekundären Inokulationen an dem gleichen Tiere in einer Versuchsserie überzeugt, welche ich aus anderen Gründen vorgenommen habe, nämlich um zu sehen, ob sich die Immunität an hell- und dunkelbehaarten Stellen zu gleicher oder zu verschiedener Zeit ausbildet. Das Resultat war, wie ich hier nur kurz erwähnen möchte, insofern positiv, als in der Tat die hellen Hautstellen zeitiger immun werden als die dunklen [1]). An den gleichen und noch an einigen anderen Tieren habe ich auch intradermale Trichophytinreaktionen angelegt, die in Gestalt von papulösen bis erbsengroßen Knötchen auftraten.

Histologische Untersuchungen über den Ablauf der experimentellen Trichophytie beim normalen und beim allergischen Tier hat bisher, soweit ich sehe, nur Lombardo angestellt, aber sie haben nicht zu mit den meinen übereinstimmenden Resultaten geführt, entweder weil seine Pilze andere Virulenz hatten, oder weil er in anderen Zwischenräumen exzidiert hat.

Ich habe drei Versuchsreihen angestellt, um den Ablauf der Heilung, die Einwirkung der Immunisierung auf den Verlauf der Krankheit und die Entwicklung der Überempfindlichkeit histologisch zu verfolgen.

I. Eine Anzahl von Meerschweinchen wurde mit einem vom Menschen gewonnenen Trichophyton gypseum nach der Blochschen Methode mit Glaspapier inokuliert, und zwar alle an schwarzen Hautstellen, um eine Entwicklungsserie wirklich übereinstimmender Herde zu erhalten, da an weißen Stellen die Krankheit schneller abläuft. Die Inokulationen entwickelten sich mit einer Inkubationszeit von 5—6 Tagen. Den klinischen Ablauf habe ich in der bereits zitierten Arbeit geschildert und ich gebe ihn daher hier nur kurz wieder:

Nach Rückgang der durch die Impfung bedingten traumatischen Erscheinungen waren nur noch dünne, pilzfreie Schuppen vorhanden, die am 5.—6. Tage dicker wurden; es bildete sich eine Infiltration aus, Pilzfäden wurden nachweisbar und allmählich immer reichlicher; in den nächsten Tagen wurden die Entzündungserscheinungen stärker, die Haare glanzlos und brüchig, mikroskopisch waren massenhaft Pilzfäden und „Sporen" vorhanden. Am 16., 17., 18. Tage ging die Verdickung stark zurück, und unter Bildung von Schuppen wurde die Heilung in der nächsten Zeit mit einer Art narbiger Atrophie abgeschlossen.

Es wurde nun die erste Inokulationsstelle zwei Tage nach dem Beginn der Entwicklung (also 7—8 Tage nach der Inokulation) die zweite

[1]) Die Arbeit erscheint in der Dermatologischen Zeitschrift.

Digitized by Google

am vierten Tage, die dritte am sechsten, die vierte am achten, die fünfte am neunten, die sechste am zehnten, die siebente am elften Tage vormittags, die achte am elften Tage nachmittags, die neunte am zwölften Tage vormittags, die zehnte am zwölften Tage nachmittags, die elfte am dreizehnten Tage vormittags, die zwölfte am dreizehnten Tage nachmittags exzidiert. Die kürzesten Pausen zwischen den Exzisionen wurden also an denjenigen Tagen gemacht, an welchen in der Entwicklung der Umschlag zur Heilung eintritt.

II. Die zweite Versuchsreihe wurde so angelegt, daß bei zwei durch Überstehen der Trichophytie immunisierten Meerschweinchen multiple Reinokulationen mit dem gleichen Trichophyton gypseum vorgenommen wurden, und daß die Inokulationsstellen nach 4, 8, 24, 48 Stunden, nach 4, 6 und 8 Tagen exzidiert wurden.

III. Bei der dritten Serie endlich wurde bei zwei immunisierten Meerschweinchen die Trichophytin-Intradermoreaktion angestellt, indem je ein Tropfen Trichophytin an verschiedenen Stellen intrakutan deponiert wurde. Diese Stellen wurden dann nach 4, 8, 24, 48 Stunden und 4, 6 und 8 Tagen entnommen.

Ich habe statt der Kutireaktion nach der Pirquetschen Methode lieber die Intradermoreaktion benutzt, weil, wie an der Berner Klinik vielfach konstatiert worden ist, diese auch mit schwächeren Trichophytinen und in bei Pirquet mit solchen negativen Fällen noch deutlich positiv ausfällt. Ich muß aber auf Grund des Berner Materials betonen, daß es sich dabei nur um quantitative Differenzen handelt, wie auch Bloch jetzt besonders hervorhebt. Im Gegensatz zu Kusunoki, dem Intradermoreaktionen bei Tieren nicht gelungen sind, und in Übereinstimmung auch mit Lombardo sind die meinen positiv ausgefallen.

Die Hautstücke wurden in Alkohol fixiert und gehärtet, in Paraffin eingebettet und hauptsächlich mit Kresylechtviolett, Hämatoxylin, van Gieson, mit saurem Orzein und mit Kongorot gefärbt.

Die histologischen Befunde gebe ich ganz kurz nach meinen Protokollen wieder:

I. Reihe: Entwicklung der Inokulations-Trichophytie beim normalen Meerschweinchen vom 2.—13. Tage nach Beginn der Entwicklung (7.—18. Tag nach der Inokulation).

1. (Zwei Tage nach Beginn der Entwicklung.) Im unteren Teile der Hornschicht eine Anzahl von Pilzfäden, besonders in der Umgebung der Haaraustrittsstellen. Um die oberflächlichen Teile der Haare selbst Pilzfäden und Sporen. Auch um einzelne tiefere Haare Sporenscheiden. Hornschicht verdickt, Stratum granulosum und Rete verbreitert, die Zapfen des letzteren stellenweise etwas verlängert. In den oberen Partien der Kutis wenig Ödem und entzündliche Infiltration, in den Blutkapillaren hier und da polynukleäre Leukozyten. Haarbälge und elastische Fasern normal.

Digitized by Google

2. (Vier Tage nach Beginn der Entwicklung.) In der Hornschicht zerstreut ziemlich zahlreiche Pilzfäden und Sporen, besonders um die Haaraustrittsstellen. In den oberflächlich gelegenen Haarbälgen massenhaft Pilzsporen. Auch um die tieferen Partien der Haare sieht man an der inneren Seite der Haarbälge feine Pilzfäden und zahlreiche Sporen. Die Hornschicht ist verdickt und stellenweise parakeratotisch. Die Zellen des Rete zum Teil ödematös, in Degeneration begriffen. Spärliche Epithelmitosen. Das Rete verbreitert und die Epithelzapfen stellenweise verlängert. Durch das Rete durchwandernd und in den oberen Partien der Kutis eine mäßige Menge polynukleärer Leukozyten. Die Bindegewebszellen der Kutis vermehrt, die elastischen Fasern fast normal. Hier und da kleine Schuppenkruste mit degenerierten Eiterkörperchen.

3. (Sechs Tage nach Beginn der Entwicklung.) Pilzfäden und Sporen in der Hornschicht, besonders um die Haaraustrittsstellen. Wenig Fäden und massenhaft Sporen um die oberflächlichen Haare, massenhaft Sporen um die tieferen. Einzelne Pilzfäden scheinen Degenerationszeichen aufzuweisen (unscharfe Konturen, schwächere, mehr diffuse Färbung). Histologisch sonst im wesentlichen unverändert.

4. und 5. (Acht und neun Tage nach Beginn der Entwicklung.) In der Hornschicht geringe Mengen degenerierter Pilzfäden, dagegen noch zahlreiche Sporen um die Haaraustrittsstellen. Um die oberflächlichen und tiefen Haare noch Pilzfäden und Sporen. Histologisch im wesentlichen unverändert. An einzelnen Stellen oberflächliche Blasen, an anderen Eiterkörperchendurchsetzung der oberflächlichsten Epithelschichten und Krusten.

6. (Zehn Tage nach Beginn der Entwicklung.) In der Hornschicht hier und da vereinzelte degenerierte Pilzfäden und Sporen, besonders um die Haaraustrittsstellen. Noch ziemlich zahlreiche Sporen um die oberflächlichen Haare. Histologisch im wesentlichen unverändert; nur die Entzündung in der Kutis etwas stärker.

7. (Elf Tage nach Beginn der Entwicklung, vormittags.) Pilze in einzelnen Haarbälgen reichlich. In einzelnen Haaren um die Pilzvegetation massenhaft zum großen Teil in Degeneration begriffene Eiterkörperchen.

8. (Elf Tage nach Beginn der Entwicklung, nachmittags.) Das Bild ist vollständig verändert, das Epithel ist stellenweise zerstört. An seiner Stelle und seine Reste bedeckend liegt eine dicke Kruste mit massenhaft zerstörten Eiterkörperchen und mit Blutungen; die obersten Schichten der Kutis sind durchsetzt mit sehr dichten Mengen von Kerndetritus in langgezogenen, sehr unregelmäßigen Figuren. An einzelnen Punkten sind zwischen diesen Massen und der Oberfläche kleine zellarme Bezirke von homogenisiertem Bindegewebe; mit Blut vollgestopfte Gefäße. Pilze sind noch vereinzelt nachweisbar.

9. (Zwölf Tage nach Beginn der Entwicklung, vormittags.) Das Bild ist wiederum ganz verändert. Das Epithel ist geschlossen und akanthotisch. Die Infiltration in der Kutis ist mäßig. In den obersten Lagen des Epithels sind an einzelnen Stellen reichlich Eiterkörperchen vorhanden. Über dem Epithel liegt eine sehr dicke Krustenmasse, welche sehr dichte und reichliche Eiterkörperchenmassen, koaguliertes Blut und Serum, Hornlamellen und Haarstücke enthält. In letzteren immer noch vereinzelte Pilze und Sporen, zum Teil noch gut erhalten.

10. (Zwölf Tage nach Beginn der Entwicklung, nachmittags.) Kutis wie bei 9. Die Kruste ist unbedeutend, enthält aber noch einzelne Haarstümpfe mit gut gefärbten Sporen. Im Epithel befindet sich eine follikuläre, massige Pustel mit Ausbreitung an der Oberfläche. Auch um einzelne der abgestoßenen Haare sind eitrige Ansammlungen vorhanden.

Digitized by Google

11. und 12. (13 Tage nach Beginn der Entwicklung, vor- und nachmittags.) Kruste ganz abgestoßen. Epithel fast normal. In der Kutis fast ausschließlich Vermehrung der fixen Zellen. Keine Pilze.

Aus diesen Befunden ergibt sich also, daß in den ersten Tagen der Entwicklung des Inokulationsherdes (mit Abrechnung der Inkubationszeit) die Pilze in der Hornschicht und in den obersten Abschnitten der Haarfollikel in allmählich zunehmender Zahl zu finden sind und daß sie dann an den Haaren nach abwärts steigen. Außerhalb der Haarbälge und der Hornschicht habe ich nie Pilzelemente gesehen. Die entzündlichen Erscheinungen in der Kutis, sowie die epidermidalen Veränderungen (Ödem, Durchwanderung) sind in dieser Zeit relativ unbedeutend. Dieses Bild ändert sich auch in den nächsten Tagen nicht wesentlich. Am 8., 9. und 10. Tage werden die Entzündungserscheinungen etwas stärker. Speziell treten blasige Veränderungen im Epithel und stärkere Durchsetzung desselben mit Eiterkörperchen hinzu. Der Hauptumschwung aber macht sich am 11. Tage geltend. Während am Vormittag ein neues Phänomen hinzugetreten ist — nämlich die Durchsetzung einzelner Haarbälge mit massenhaft in Degeneration begriffenen Eiterkörperchen —, ist am Nachmittag eine kolossale Epithelzerstörung nachzuweisen, das Bindegewebe liegt vielfach frei und ist durchsetzt mit ungeheuren Massen zerstörter Eiterkörperchen, welche in den verschiedensten Formen, intensiv dunkel gefärbt, das Gewebe verdecken, an die Bilder erinnernd, die JADASSOHN beim Lupus erythematodes, UNNA beim Rotz (als „Chromatotexis") geschildert und die dann VOLK [1]) an dem Material der hiesigen Klinik eingehender studiert hat. Zugleich hat sich eine Kruste gebildet, die aus dem gleichen Kerndetritus, koaguliertem Blut, Hornlamellen usw. besteht. Diese letztere ist auch noch am 12. Tage vorhanden, auch sie enthält noch Pilzelemente, aber das Epithel ist schon wieder neu gebildet und ganz pilzfrei. Die kutane Entzündung ist stark zurückgegangen, das degenerierte pyknotische Zellmaterial findet sich jetzt ausschließlich in der Kruste. Am 13. Tage ist nur noch eine mäßige Vermehrung der fixen Zellen in der Kutis vorhanden. Die Kruste ist abgestoßen.

Auf die epikritische Besprechung dieser Befunde will ich erst am Schluß eingehen. Hier möchte ich nur noch zweierlei hervorheben. Einmal, daß die vollständige Veränderung im histologischen Bild am 10. und 11. Tage nach Beginn der Entwicklung einsetzt, d. h. unmittelbar vor dem Tage, an welchem im klinischen Verlauf die Heilungsvorgänge manifest werden. Dann aber, daß die Schilderung, die ich auf Grund meiner Serie gegeben habe, natürlich in bezug auf die zeitlichen Verhältnisse nicht allgemein gültig zu sein braucht. Speziell kann die Entwicklung an den

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 72.

Digitized by Google

Tagen der „Umstimmung" etwas zu sehr überstürzt erscheinen, ganz besonders die Epithelisierung. Trotz der großen Regelmäßigkeit in der Entwicklung der einzelnen Inokulationsherde sind natürlich kleine Unterschiede in der zeitlichen Aufeinanderfolge möglich, und es könnte sehr wohl sein, daß in einer anderen Serie zwischen den Präparaten 8 und 9 allmählichere Übergänge aufzufinden wären. Im ganzen aber geben meine Befunde den Verlauf gewiß im Prinzip richtig wieder. Ich brauche nicht zu betonen, daß diese Art des Verlaufs, was das Zeitliche betrifft, nur für die Impfungen mit dem Trichophytum gypseum, und zwar nur mit dem von mir verwendeten Stamm gilt.

Lombardo schildert den mikroskopischen Ablauf der experimentellen Gypseumerkrankung beim nicht allergischen Tier folgendermaßen:

„Die Zellreaktion beginnt am fünften oder sechsten Tage mit einer leichten Gefäßdilatation, mit geringer Leukozytenauswanderung auch ins Epithel, das an den Follikelöffnungen erweiterte Interzellularräume aufweist. In den nächsten Tagen akzentuieren sich diese Veränderungen, es entsteht Papillarödem, starke Exoserose und Exozytose, Hypertrophie der Epithelzellen, Parakeratose; ungefähr am 22. Tage kann man in dem perivaskulären Infiltrat des subpapillären Derma unter den anderen hypertrophischen Zellen des Bindegewebes Plasmazellen demonstrieren; allmählich verschwinden alle diese Elemente, und das Gewebe erscheint wieder normal."

Analog ist der Verlauf bei Impfung mit dem Achorium Quinckeanum usw.

Man sieht also, daß in den Befunden Lombardos der plötzliche Eintritt der starken exsudierenden Entzündung mit der intensiven Krustenbildung fehlt.

In eine Vergleichung meiner Befunde mit denen der menschlichen Trichophytie möchte ich hier nicht eintreten, da das dem eigentlichen Thema meiner Arbeit zu fern liegt. Im Gegensatz zur oberflächlichen Trichophytie des Menschen steht die starke Beteiligung der Haare, im Gegensatz zur tiefen das Fehlen von Granulationsgewebe, von tiefer Vereiterung usw.

II. Reihe: Verlauf der Inokulationen mit Trichophyton gypseum beim immunisierten Meerschweinchen.

Die klinische Beobachtung ergibt nicht viel, weil sich die Haupterscheinungen in der Zeit abspielen, in welcher die Folgen der traumatischen Läsion der Impfung vorhanden sind, welche die Beobachtung der Reaktionsphänomene verhindern. Um so interessanter sind die histologischen Beobachtungen.

1. Vier Stunden nach der Inokulation. Man findet an der Oberfläche sehr wenige, in manchen Präparaten auch gar keine Pilzfäden, dagegen massenhaft Sporen. Histologisch sieht man die Folgen der traumatischen Läsion: die Hornschicht teils normal, teils mit der Stachelschicht abgestoßen, oder die letztere nekrotisch. In der Kutis diffuse, ziemlich starke Infiltration.

Digitized by Google

2. Acht Stunden nach der Inokulation. Auf der Hornschicht wenige gruppierte Sporen. Hornschicht und Rete zum Teil normal, zum Teil fehlend. Im oberen Teile der Kutis Infiltration mit mono- und polynukleären Leukozyten und sehr reichlichem Kerndetritus, die nach der Tiefe allmählich abnimmt. Im oberen Teile der Kutis etwas ausgetretenes Blut. Die Bindegewebszellen etwas vermehrt. Eine nekrotische Stelle in der Kutis; außer in deren Bereich sind die elastischen Fasern erhalten.

3. 24 Stunden nach der Inokulation. An beiden Rändern der Präparate reicht eine sehr dichte Infiltrationszone bis dicht ans Epithel heran, das zum Teil in ihr aufgegangen ist, so daß die Hornschicht unmittelbar auf dem Infiltrat oder eine eitrige und Detrituszone zwischen Hornschicht und Resten des Epithels liegt. Dann verschwindet nach dem Zentrum zu das Epithel vollständig oder bis auf kleine Reste, die Infiltrationschicht senkt sich etwas in die Tiefe und zieht als ein schmales, aber sehr dichtes Band, eine nach oben leicht konkave Linie bildend, durch das ganze Präparat, den einen Epithelrand mit dem anderen verbindend. Nach oben davon liegt eine das Niveau der Umgebung etwas überragende, im ganzen etwa spindelförmige Hautpartie, welche Haare, mit zum Teil zusammengesinterten roten Blutkörperchen gefüllte Gefäße und ausgetretene rote Blutkörperchen enthält. Die Grundlage dieser Partie wird von kutanem Bindegewebe gebildet, dessen Fasern blaß und geschwollen sind. Zwischen ihnen finden sich dunkelgefärbte Bindegewebskerne in mäßiger Zahl, einzelne Stellen sind fast frei von solchen. Die elastischen Fasern sind in den unteren Partien der umwallten Gegend spärlicher, in den oberen reichlicher vorhanden und in den letzteren oft stellenweise bröcklig degeneriert. Unterhalb des Walles ist nur eine unbedeutende Zellvermehrung zu konstatieren. Im Wall selbst sind Leukozyten und sehr zahlreiche Kerntrümmer vorhanden. An der freien Oberfläche sind mäßig zahlreiche blaßgefärbte Sporen zu finden.

4. 48 Stunden nach der Inokulation. Auf der Oberfläche nur noch sehr vereinzelte degenerierte Sporen. Die Gesamtkonfiguration ist noch die gleiche, wie in dem vorigen Präparat. Doch ist der „Wall" schon dünner und stellenweise durch kleine Lücken unterbrochen. Das Bindegewebe oberhalb desselben ist noch mehr homogenisiert, blasser, verquollener, stellenweise frei von Kernen. Die elastischen Fasern sind in den oberen Partien fast vollständig verschwunden.

5. und 6. 4 und 6 Tage nach der Inokulation. Pilzelemente sind nicht zu finden. Das Epithel ist zum Teil abgängig. Der „Wall" ist nicht mehr nachweisbar. Das am Rande erhaltene Rete ist verbreitert und schiebt sich über den Substanzverlust hinüber. Die kutane Entzündung ist sehr unbedeutend.

7. 8 Tage nach der Inokulation. Das Epithel ist vollständig regeneriert und stark verbreitert. In der Kutis ist noch eine leichte Infiltration und Vermehrung der fixen Zellen vorhanden.

Bei den immunisierten Tieren sind also nur während der ersten 48 Stunden nach der Inokulation Pilzelemente in Form der sogenannten Sporen nachweisbar, und zwar ausschließlich an der Oberfläche. Die entzündliche Reaktion ist sehr eigenartig. Während in den ersten Stunden eine uncharakteristische Infiltration vorhanden ist, wie sie durch das Trauma der Einreibung allein vollständig erklärt ist, hat sich schon nach 24 Stunden ein sehr charakteristisches Bild entwickelt: neben einer Degeneration des Bindegewebes im Gebiete der Inokulation eine wallartige, wie eine Demarkationszone aussehende Infiltration

Digitized by Google

mit außerordentlich stark degeneriertem Leukozytenmaterial. Dieser Wall ist nach 48 Stunden ebenfalls noch nachweisbar, das kutane Gewebe noch stärker degeneriert. Leider fehlen mir die Präparate zwischen Ende des zweiten und vierten Tages; am vierten und sechsten ist der Wall nicht mehr nachweisbar, das Epithel ist in Reparation begriffen und verbreitert, die Entzündung nur noch sehr gering. Aus dem Vergleich der Präparate gewinnt man ganz den Eindruck, als wenn das von dem Wall umgebene Gebiet wirklich abgestoßen worden wäre. Die Reparation geht außerordentlich schnell vor sich.

Lombardo schildert den histologischen Ablauf der Reinokulation beim allergischen Tier folgendermaßen:

„Man findet, daß sich schon am ersten Tag entwickelt und in den nächsten Tagen akzentuiert: eine starke Dilatation der papillären und subpapillären Gefäße, aus denen eine beträchtliche Anzahl von neutrophilen Leukozyten auswandert, welche zur Epidermis wandern, diese durchsetzen und hier und da kleine mikroskopische Abszesse in ihr bilden. Außerdem an den Gefäßen subepitheliale hämorrhagische Herde, Papillarödem, Proliferation der fixen Zellen des Bindegewebes, Infiltration mit Mononukleären; in der Epidermis hier und da nekrotische Zonen, die Zellen in der Nachbarschaft oft in Mitose, interspinales Ödem, Verdickung der verschiedenen Schichten, hier und da Parakeratose und Bildung von Schuppenkrusten, zwischen deren Zellen Pilzelemente liegen, die sich nicht zu vermehren scheinen. Alle diese Befunde sind stärker akzentuiert um die Follikel; in den Haaren und in den Follikeltrichtern finden sich weder Myzelien noch Sporen. Nach acht oder neun Tagen ist die Leukozyteninfiltration und die Vasodilatation schon wesentlich vermindert; es findet sich in der Kutis eine mäßige Anzahl von Mononukleären, die Epidermis schuppt in parakeratotischen Hornschichten, in denen sich die Residuen des Inokulationsmaterials nicht mehr finden. Am 15. oder 16. Tag ist nur noch eine Verdickung des Epithels und eine größere Zahl Zellen im papillären Bindegewebe vorhanden."

Wie man sieht, fehlt in dieser Beschreibung die Betonung des starken nekrobiotischen Veränderungen und der Wallbildung; der Verlauf der allergischen Reaktion scheint bei Lombardo ein schwächerer und protrahierterer gewesen zu sein.

III. Reihe. Verlauf der intrakutanen Trichophytinreaktion bei immunisierten Meerschweinchen.

1. 4 Stunden nach der Injektion. Außer der kleinen, durch die Nadel bedingten nekrotischen Stelle nur geringe Leukozyteninfiltration im oberen Teil der Kutis und in den Haarbälgen; weithin Vermehrung der fixen Zellen.

2. 8 Stunden nach der Injektion. Hornschicht und Rete fast normal. Ein kleiner Teil fehlt. Im oberen Teil der Kutis Vermehrung der Bindegewebszellen und Infiltration mit polynukleären Leukozyten, die vielfach schon degeneriert sind. Erweiterung der Kapillaren und partielle Füllung mit roten Blutkörperchen, vor allem aber abseits von dem Hauptherd und von diesem durch relativ normale Partien getrennt im Papillarkörper ziemlich scharf umschriebene Herde von dicht gedrängten Rundzellen und zerstörten Eiterkörperchen. Die elastischen Fasern außer in diesen Herden gut erhalten.

Digitized by Google

3. 24 Stunden nach der Injektion. Hornschicht zum Teil normal, zum Teil parakeratotisch. Rete fast normal. Leukozyteninfiltration in der Kutis viel dichter, so daß an einzelnen Stellen sogar das Bindegewebe zerstört ist und fast abszeßartige Ansammlungen vorhanden sind, und zwar dicht unter dem Epithel, ja sogar zwischen Epithel und Hornschicht. Hier fehlen auch die elastischen Fasern. Bindegewebszellen vermehrt. Kapillaren erweitert und zum Teil mit roten und einigen weißen Blutkörperchen gefüllt.

4. 48 Stunden nach der Injektion. Hornschicht und Rete normal. Das letztere an den Rändern verbreitert. Leukozyteninfiltration noch stark.

5., 6., 7. 4—8 Tage nach der Injektion. Abgesehen von leichter Akanthose und minimaler Infiltration normal.

Es wird also beim immunen Tier durch die Trichophytinintradermoreaktion eine starke Entzündung hervorgerufen, welche sich nicht bloß an der Stelle der Injektion und ihrer nächsten Umgebung findet, sondern auch an abseits gelegenen Punkten des Papillarkörpers, und welche durch die frühe und starke Degeneration des Leukozytenmaterials charakterisiert ist[1]).

Wenn ich mich jetzt der Besprechung der von mir erhaltenen Resultate zuwende, so muß ich von vornherein betonen, daß Verallgemeinerungen aus dieser Versuchsreihe nicht statthaft sind. Denn, wie die Literatur über die Trichophytonüberempfindlichkeit und -Immunität seit den BLOCHschen Untersuchungen beweist, verhalten sich diese nicht bloß bei den verschiedenen Tieren und beim Menschen, sondern auch bei den verschiedenen Pilzen verschieden. Wenn ich noch genügend Zeit zur Verfügung gehabt hätte, hätte ich zum mindesten das von BLOCH weiterhin am meisten benutzte Achorion QUINCKEANUM zu meinen Versuchen herangezogen, hätte auch, was für die Übersichtlichkeit der histologischen Bilder entschieden vorteilhaft gewesen wäre, punktförmig geimpft (BLOCHS Methode mit einem Wattebauschträger), hätte in noch kürzeren Zwischenräumen und immer mehrere gleich alte Herde exzidiert, hätte auch Stücke während der Inkubationszeit der Trichophytie des nicht immunen Tieres und von Trichophytinreaktionen am nicht immunen Tiere untersucht und die histologischen Resultate durch kulturelle Untersuchungen

---

[1]) Nebenbei sei hier bemerkt, daß die kleinen Knötchen, welche sich abseits von der Injektionsstelle im Papillarkörper finden, der histologische Ausdruck für eine von uns oft gemachte klinische Beobachtung sind. Es bilden sich nach Intradermoreaktionen beim überempfindlichen Menschen in der Umgebung kleine Knötchen aus, die dem von mir so genannten „Lichen trichophyticus" gleichen, ganz wie über Tuberkulinintradermoreaktionen ja selbst über subkutanen Injektionsstellen dem Lichen scrofulosorum ähnliche Papeln sich entwickeln. Es wird demnach von intradermalen Herden gelöstes Material durch das Lymphsystem in den Papillarkörper der Umgebung gebracht (retrograd) und kommt dort zu zirkumskripter Wirkung. Bei der disseminierten Lokalisation dieser Knötchen, die in den Präparaten HANAWAS sehr deutlich war, kann von einfacher Diffusion nicht wohl die Rede sein. JADASSOHN.

Digitized by Google

ergänzt. Alle diese mir wohl bewußten Lücken meiner Arbeit sollen späterhin ausgefüllt werden. Aber sie hat, wie ich glaube, doch zu verwertbaren und bemerkenswerten Resultaten geführt.

In erster Linie hat sie dargetan, daß die experimentelle Trichophytie beim nicht immunen Tiere wie klinisch so auch histologisch sehr plötzlich in Heilung übergeht. Bekanntlich hat Bloch gezeigt, daß mit dem klinischen Umschlag zur Heilung der Eintritt der Überempfindlichkeit und der Immunität zeitlich übereinstimmt, und er hat daraus den Schluß gezogen, daß die beiden letzteren in einem kausalen Zusammenhang stehen resp. nur verschiedene Ausdrücke der gleichen Funktion sind. Diese Auffassung wird durch meine Präparate aufs vollständigste bestätigt. Dagegen ist der Modus dieser Abheilung wenigstens in meinem Falle ein sehr eigenartiger.

Während der Entwicklung und auf der Höhe der Trichophytonerkrankung des Meerschweinchens sind die entzündlichen Erscheinungen in der Kutis und Epidermis relativ unbedeutend; sie sind geringer, als man nach dem klinischen Bild vermutet hätte. Trotz der Ähnlichkeit mit der tiefen Trichophytie des Menschen fehlt jede Andeutung von Granulationsgewebe, fehlt eine eigentliche Eiterung, und die vorhandenen, auch die durch das Epithel durchwandernden Eiterkörperchen sind relativ gut erhalten. Daß trotz dieser geringeren Entzündung das klinische Bild einer „Trichophytia profunda“ auftritt, liegt wohl an der anatomischen Beschaffenheit der Meerschweinchenhaut, die so derb ist, daß jedes Infiltrat mit Zellen und mit Exsudatflüssigkeit sich besonders stark bemerkbar machen muß. Vielleicht aber wirkt auch infolge dieser Hautbeschaffenheit die an sich viel unbedeutendere Meerschweinchentrichophytie so viel sicherer allergisierend, als selbst die tiefe menschliche, weil aus dem straffen Gewebe der entzündeten Haut die Resorption antigener Stoffe sehr gut erfolgen kann. Daß die „Tiefenausdehnung des Krankheitsherdes“ nicht durchweg maßgebend ist für die Immunität, geht auch aus den Versuchen Pryteks und aus einer Beobachtung Blochs (Trichophyt. rosaceum) sowie aus Experimenten der Berner Klinik (Guth) hervor. — Sehr plötzlich setzt dann die Eiterung ein, sowohl in die infizierten Haarbälge hinein als auch an die Oberfläche. Die Eiterkörperchen sind anscheinend sofort stark zerstört, der Entzündung gesellen sich Blutungen und thrombotische Prozesse bei und es erfolgt, soweit ich es an meinem Material beurteilen konnte, eine starke Abstoßung in Form einer dicken Kruste; dann tritt sehr schnell die Reparation des Epithels ein und, was besonders zu betonen ist, auch in der Kruste sind noch gut färbbare Pilzelemente vorhanden. Die spontane Abheilung der Trichophytie kommt dadurch zustande, daß, wie sich Bloch in seiner neuesten Arbeit ausdrückt, die Pilze „Entzündung,

Digitized by Google

Antitoxinbildung, bakterizide, bakteriolytische Kräfte wachrufen, die den Pilzen schädlich sind, ihr Vordringen und ihre Vermehrung verhindern". „Sobald die Summe dieser Gegenkräfte einen gewissen Wert erreicht hat, ist es den Pilzen nicht mehr möglich, in der Haut zu vegetieren, sie werden ausgestoßen oder vernichtet."

Das heißt nichts anderes, als daß durch das Wachstum der Pilze in der Haut eine Änderung der Reaktionsfähigkeit des Organismus bedingt wird; die bis dahin „insuffiziente" relativ unbedeutende Entzündung wird zu einer ganz akuten, nekrobiotischen, eliminierenden, d. h. „suffizienten".

Besonders zu betonen ist bei diesem Verlauf noch dreierlei: 1. die scheinbare Plötzlichkeit des Auftretens dieser Reaktionsfähigkeit, welche verschiedenen erworbenen Überempfindlichkeitsreaktionen eigen ist. Ich erinnere an die „geweckte Idiosynkrasie" gegen manche Arzneimittel, welche keineswegs immer auf eine materielle Kumulation zurückgeführt werden kann (cf. JADASSOHN[1]). In zweiter Linie ist die Tatsache wichtig, daß auch noch in der abgestoßenen Kruste Pilzelemente deutlich nachzuweisen sind. Es handelt sich also darnach nicht resp. nicht allein um bakterizide und bakteriolytische Kräfte, welche bei dieser Reaktion eine Rolle spielen und durch deren Einwirkung plötzlich reichlicher und darum stärker wirkende Giftstoffe frei geworden wären. Leider fehlen mir hier, wie erwähnt, Kulturversuche, aber nach dem Aussehen dieser Pilzelemente ist kaum ein Zweifel möglich, daß sie noch lebensfähig sind.

Drittens ist hervorzuheben die Eigenart dieser Entzündung, welche nicht bloß durch ihre große Akuität, sondern auch dadurch auffällt, daß sie unzweifelhaft mit starker Nekrobiose einhergeht. Sie bedingt, daß es sich augenscheinlich weniger um Pilzvernichtung (trotzdem natürlich auch sehr viele Pilze zugrunde gehen) als vielmehr um Elimination handelt. Daß aber diese Elimination nicht allein für die Heilung maßgebend ist, wird dadurch bewiesen, daß trotzdem die Pilze noch vorhanden sind, wenn das Epithel schon wieder neu gebildet ist, doch eine Reinfektion nicht eintritt. Es hat sich also zugleich mit dieser Reaktion die Immunität entwickelt, d. h. dieses Epithel ist trotz seiner morphologisch normalen Beschaffenheit nicht wieder infizierbar. Würde man die Pilze von neuem in die gleiche Stelle einreiben, so käme vielleicht eine neue Reaktion zustande, aber nicht ein neues Haften der Pilze. Es wäre allerdings auch möglich, daß an der Stelle der Inokulation der Überempfindlichkeit eine wirkliche „absolute Immunität" folgt, wie das BRUCK und KUSUNOKI bei der Heilung der Trichophytie durch Intradermoreaktionen annehmen.

[1]) Die Toxikodermien. Deutsche Klinik, Bd. 10, 2.

Digitized by Google

Das würde mit der von Bloch und Massini für den Favus der Maus festgestellten Tatsache übereinstimmen, daß die Hautpartien, über welche eine Favusinfektion hinweggegangen ist, für eine Neuinfektion ganz unempfänglich sind, also auch nicht allergisch reagieren. Über diese Frage aber könnten bei der Trichophytie nur eigens angestellte, auch die mikroskopischen Veränderungen kontrollierende Untersuchungen belehren.

Daß die Lokalreaktionen bei Bruck und Kusunoki immer schwächer werden, kann diese Immunität nicht erweisen, da mit der zunehmenden Heilung auch das reaktionsfähige Material abnimmt.

Wenn ich jetzt zu der Trichophytonimpfung am immunen Tier übergehe, so ist in erster Linie hervorzuheben, daß der Verlauf im Prinzip dem beim nicht immunen Tiere entspricht, nur daß die Inkubationszeit und das ganze Stadium der Entwicklung und der Akme fast fortfällt. Die Erkrankung setzt sehr schnell mit der eliminatorischen Entzündung ein, die in der Form ihrer Anordnung geradezu der Demarkation von nekrotischem Material gleicht. Wenn ich auch die wirkliche Nekrose und die Abstoßung selbst nicht habe beobachten können, so sprechen doch sowohl die beschriebenen Veränderungen des Bindegewebes als auch das Nichteindringen der Leukozyten aus dem Wall in das von ihm abgegrenzte Gebiet, als auch die pyknotischen und „chromatotektischen" Veränderungen der Eiterkörperchen ganz in diesem Sinne. Daß es doch zu keiner eigentlichen Narbe kommt, spricht nicht dagegen; denn die Zone der Abstoßung ist doch eine sehr schmale, nur erscheint sie breiter, weil das Bindegewebe verquollen und dadurch über die Umgebung erhaben ist. Wenn aber nur die oberste Schicht des kutanen Gewebes zerstört wird, entsteht bekanntlich, wie wir aus der menschlichen Pathologie wissen, keine wirkliche Narbe[1]).

Es ist ferner hervorzuheben, daß Pilzelemente noch nach 48 Stunden auf der Oberfläche nachweisbar sind, also auch hier ist die Pilzabtötung nicht das Primäre. In dieser Beziehung stehen meine Befunde in einem gewissen Gegensatz zu Blochs Angabe, daß bei der allergischen Reaktion

---

[1]) Eine weitere Erklärung wäre die, daß es sich um eine negative Chemotaxis handeln könnte. Ich zitiere hier nach Löhlein („Die Gesetze der Leukozytentätigkeit bei entzündlichen Prozessen", Jena 1913, S. 15), „daß positiv chemotaktisch wirkende Substanzen bei Überschreiten einer bestimmten Konzentration einen Umschlag ihrer Wirkung in ihr Gegenteil — Abstoßung, negative Chemotaxis — zeigen." „Die dichteste Anhäufung der Leukozyten bildet also einen Kreis resp. eine Kugelschale, die dem Konzentrationsoptimum entspricht. Besonders scharf gegen das Zentrum resp. das Konzentrationsoptimum zu ist oft die Grenze der Eiterzellinfiltration, die geradezu linear sein kann; hier findet also allem Anschein nach in der Tat ein Umschlag der positiven in negativ chemotaktische Wirkung der Reizstoffe statt." Weiterhin drückt sich aber auch Löhlein über die Beweise für das Vorkommen negativer Chemotaxis bei Leukozyten sehr skeptisch aus.

Digitized by Google

auf Trichophytonimpfung niemals Pilzfäden oder Sporen nachzuweisen sind. Doch bezieht sich BLOCHS Angabe augenscheinlich nur auf Untersuchungen an Schuppen-Krustenmaterial und auf das Achorion QUINCKEANUM Dagegen stimmt mein Befund überein mit der Angabe von BRUCK und KUSUNOKI, welche bei der Heilung menschlicher Trichophytie profunda durch Intradermoreaktionen Pilze noch nach der klinischen Heilung mikroskopisch (in gequollenem Zustand) und kulturell konstatiert haben. Wenn wir die Nomenklatur KOLLES[1]) anwenden, so handelt es sich in unserem Falle um ein Beispiel „antiinfektiöser Immunität", in dem Sinne, daß „der mit ihr ausgestattete Organismus seine Kräfte vor allem zur Vernichtung gegen die Infektionserreger direkt entfaltet". Dabei führen diese Kräfte bei manchen Infektionen zu einer Zerstörung der bereits in die Gewebe eingedrungenen Erreger, oder aber — und das ist unser Fall — sie verhindern überhaupt die Ansiedelung und Vermehrung von Infektionserregern, so daß letztere dann allmählich absterben oder ausgeschieden werden.

Die Analogie zwischen der Heilung der Trichophytie des vor der Impfung nicht immunen Tieres und der allergischen Reaktion des immunen Tieres ist also eine sehr vollkommene, trotzdem ich bei der ersteren die Entstehung des Walles nicht beobachtet habe. Ansätze zu der hyalinen Umwandlung und Verquellung des Bindegewebes waren auch bei ihr vorhanden, aber es fehlte die charakteristische typische Anordnung.

Bei den Intradermoreaktionen brauche ich mich nicht weiter aufzuhalten, auch sie zeigen — wenngleich in geringerem Umfang — die starke Entzündung mit der schnellen Zerstörung der Eiterkörperchen. Daß hier die Wallbildung fehlt, ist natürlich — sowohl wegen der diffuseren Verteilung des Trichophytins als auch wegen der gewiß geringeren Konzentration der toxischen Stoffe im Gegensatz zur Pilzimpfung. Diese Differenz kommt auch beim Menschen zur Erscheinung; so sahen wir wiederholt, daß bei Patienten mit tiefer Trichophytie die Impfung mit Kulturen eine allergische Reaktion ergibt, während PIRQUET und MORO mit Trichophytin (weil dieses zu schwach war?) negativ ausfielen.

Ich möchte nun noch einige weitere Bemerkungen an meine Ergebnisse anknüpfen, ohne mich etwa auf das ganze große Gebiet der Allergie und Immunität hier wagen zu wollen.

Ich habe schon betont, daß es sich bei meinen Versuchen um einen einzelnen Fall handelt und es mir daher fern liegt, ihre Resultate auch nur auf alle experimentellen Trichophytien des Meerschweinchens zu

[1]) KOLLE und WASSERMANN, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, II. Aufl. Bd. 2, S. 914.

Digitized by Google

übertragen. Doch verdient immerhin hervorgehoben zu werden, daß die klinische Beschreibung, welche Bloch von der allergischen Reaktion nach der Infektion immuner Tiere mit dem Achorion Quinckeanum gibt, mit meinen histologischen Befunden sehr gut übereinstimmt.

Die allergische Reaktion in meinem Falle war sehr stark, wie die Nekrose und die intensive Entzündung beweisen. Bloch betont, daß da, wo die Immunität schwächer ist, die Entzündung stärker ausfällt; ist die „Umstimmung so intensiv, daß allergische Abwehrgänge sofort einsetzen (also auf einen minimalen Endotoxinschwellenwert), so kann es, weil die Pilze sehr rasch am Gedeihen gehemmt werden, gar nicht zu einer klinisch sichtbaren Entzündung kommen; die Immunität ist eine vollkommene". Aber auf der anderen Seite wissen wir doch auch. z. B. aus Erfahrungen bei Reinokulationen des Menschen, daß eine allergische Reaktion zu schwach sein kann, um die Krankheit zu verhindern; sie kürzt sie eventuell nur ab oder führt sie schneller in ein chronisches Stadium über. Wird sie aber stärker, so kann sie zu einer schnellen Elimination des Krankheitserregers vor eingetretener Invasion führen. Man kann sich das etwa in einer Kurve vorstellen:

Die allergische Entzündung nimmt zu und mit ihr auch die Immunität, auf der Höhe ist die erstere am stärksten, es kommt zu keiner Infektion im eigentlichen Sinne mehr. Damit ist bei den einen Krankheiten oder Individuen das Maximum erreicht. Bei den anderen nimmt weiter die Reaktion ab, und die Immunität bleibt bestehen, bis schließlich die erstere, wenigstens für die klinische Beobachtung, ganz fortfällt. Daraus ergibt sich, daß eine schwache Entzündung auf den spezifischen Reiz hin der Ausdruck einer noch zu schwachen oder schon sehr starken Allergie sein kann.

Mit dieser prinzipiellen Erörterung stimmen im wesentlichen die vier Gruppen überein, in die Prytek seine Inokulationsresultate bei Tieren einteilt: 1. völlige Immunität, 2. schwache, 3. starke Reaktion ohne Pilze, 4. abgekürzter Verlauf der Erkrankung mit Pilzen.

Die Einteilung Pryteks ist naturgemäß eine schematische. Es gibt selbstverständlich Übergänge zwischen ihnen allen — mein Fall würde zu Nr. 3 gehören; von einer Infektion kann nicht wohl die Rede sein, da die Pilze nur ganz an der Oberfläche lagen und zwischen Ende des 2. und 4. Tages verschwanden. Man würde durch histologische Untersuchungen die Abstufungen auch zwischen 1. und 2. und 3. Gruppe vielleicht noch gut nachweisen können.

Auch Bloch berichtet, daß bei immunen Tieren die Entzündung nach viel kürzerer Inkubation, aber auch viel weniger heftig, oft kaum andeutungsweise auftritt.

Digitized by Google

Bei den Menschen spricht die mit seltenen Ausnahmen bei tieferen Trichophytien stets vorhandene Trichophytinüberempfindlichkeit nicht gerade für das Vorkommen einer wirklichen reaktionslosen Immunität, zumal diese Ausnahmen gerade schlecht heilende Trichophytien zu betreffen scheinen.

Versuche, die Immunitätsüberempfindlichkeit beim Menschen durch Reinokulation zu prüfen, liegen von BLOCH, BRUHNS, ALEXANDER und PRYTEK vor und sind auch an der hiesigen Klinik seit längerer Zeit vorgenommen worden[1]). Sie ergeben, daß die Immunität bei solchen Patienten bald ohne, bald mit Frühreaktion (bald gar nicht) vorhanden ist. Da aber zugleich, wie aus den hiesigen Versuchen hervorgeht, die Überempfindlichkeit auf Trichophytinintraapplikation wohl fast immer besteht, so wird man das Ausbleiben der Frühreaktion auf Pilzinokulation vielleicht so erklären müssen, daß die allergische Reaktion zu schwach ist, um in die Erscheinung zu treten, daß aber, wo man den Körper wirklich der Trichophytinwirkung aussetzt (durch intradermale Applikation), die Reaktion sich doch geltend macht.

Ich möchte nach alledem die bei meinen Tieren vorhandene starke Reaktion als den Ausdruck einer starken „allergischen Immunität" ansehen.

Ich habe die nekrobiotischen Erscheinungen in meinen Präparaten sowohl von nicht immunen wie von immunen Tieren betont. Daß durch die nekrotischen Veränderungen (an der Oberfläche!) die Elimination erleichtert wird, zeigt, daß bei den Abwehrbestrebungen des Organismus auch dieses äußerste Mittel mit herangezogen wird. Wir sind seit WEIGERT gewöhnt, die Entzündung als eine Reaktion auf Gewebsschädigungen aufzufassen. Auch an sich nekrotisierende Schädigungen führen in schwächerer Konzentration nur zu Entzündung. Hier handelt es sich um einen qualitativ, so weit wir wissen, sich gleich bleibenden Reiz (die Pilze resp. deren Giftstoffe). Was sich ändert, ist die Reaktionsfähigkeit des Organismus resp. die Konzentration der Giftstoffe. Die letztere aber spielt bei dem Versuch am allergischen Tier gewiß eine geringe Rolle. Auch beim nicht immunen Tier hat man nicht den Eindruck, als wenn vor dem Umschlag zu der nekrotisierenden Entzündung Pilze besonders reichlich vorhanden wären oder zugrunde gingen. Es ergibt sich also der Wahrscheinlichkeitsschluß, daß bei der allergischen Entzündung die Nekrobiose bei wenigstens relativ gleich bleibendem Reize wesentlich durch die verstärkte Reaktionsfähigkeit des Organismus zustande kommt.

Das ist uns bei den allergischen Reaktionen nichts Neues. Wir sehen bei unseren Hauttuberkulösen, speziell bei den Tuberkulidkranken mit ihrer oft enormen Tuberkulinüberempfindlichkeit, Geschwüre, d. h. Nekrosen

[1]) Dr. GUTH wird darüber demnächst ausführlich berichten.

Digitized by Google

der Haut nach Pirquet und Moro-Reaktionen eintreten. Ja schon in dem berühmten Kochschen Versuch reagierte bekanntlich das tuberkulöse Tier mit Nekrosebildung gegen neue kutane Inokulation von Bazillen.

Die Hauttuberkulose der Tiere gibt aber auch sonst noch ein interessantes Vergleichsstück zu der Meerschweinchentrichophytie. An den primären Inokulationsstellen hat Lewandowsky[1]) den Nachweis erbringen können, daß zuerst reichlich Bazillen in nicht spezifisch tuberkulösem Gewebe vorhanden sind, und daß erst im Laufe von Wochen der Umschlag eintritt zur typischen Tuberkulose mit relativ spärlichen Bazillen und typisch tuberkulösem Bau. Wir werden auch diesen Umschlag als den Ausdruck einer Allergieentwicklung ansehen müssen. Aber diese Allergie führt zu chronischer Hauttuberkulose, sie ist also eine insuffiziente, während die Trichophytieallergie beim Tier eine suffiziente ist, d. h. zur Heilung führt. Dabei besteht noch der interessante Gegensatz zwischen dem ersten Inokulationsherd mit seinem chronisch entzündlichen Verlauf und den weiteren nekrotisch oder abortiv verlaufenden Inokulationsstellen. In beiden sind Bazillen in einem allergischen Organ vorhanden; im ersteren aber eingeschlossen in ein chronisch entzündliches Gewebe, im letzteren in noch normales Gewebe. Sind es diese Differenzen in ihrer Lokalisation, welche die Effekte so verschieden gestalten? oder haben die Bazillen selbst in den ersten Inokulationsherden ihre Widerstandsfähigkeit verändert? Auch diese Frage bedarf noch weiteren Studiums, und es wäre interessant, auch bei der Trichophytie die geringeren Grade der Immunität von diesem Gesichtspunkte aus zu verfolgen[2]).

Endlich noch ein Wort über den Mechanismus der allergischen Reaktion und der Heilung. Während Bruck und Kusunoki mehr an humorale Einflüsse denken, hat Bloch bekanntlich durch die erfolgreiche Transplantation eines überempfindlichen Hautstückchens die histogene Natur der Allergie sehr wahrscheinlich gemacht. Freilich muß natürlich auch die letztere durch das Blut entstehen, in das die Antigene von dem Krankheitsherd aus eintreten, um dann an den Hautzellen die abnorme Empfindlichkeit zu bedingen.

Kommen dann an diese die spezifischen Antigene heran, so muß der Entzündung und eventuell Nekrose erregende Stoff entstehen. Bei diesen lokalen Entzündungsvorgängen stellt sich natürlich auch die Frage ein, ob die Phagozytose dabei eine Rolle spielt. Besonders unsere Befunde beim immunen Tiere scheinen diesen Gedanken von vornherein zu widerlegen. Der Leukozytenwall bleibt ja von den Pilzen weit entfernt, und die Zellen selbst werden augenscheinlich sehr schnell zerstört.

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 86. — [2]) cf. die analogen Erwägungen bei der Syphilis. Jadassohn. Syphilidologische Beiträge. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 98.

Digitized by Google

Angelockt also werden sie wie bei allen möglichen Gewebsschädigungen, aber sie werden verhindert, an das schädliche Agens überhaupt heranzukommen, entweder weil das nekrobiotische Gewebe ihnen den Eintritt verwehrt, oder weil sie wie das Gewebe selbst der schädigenden Wirkung unterliegen und deshalb nicht weiterwandern können. So scheinen also unsere Befunde ein Argument gegen die METSCHNIKOFFsche Anschauung abzugeben, daß auch bei der erworbenen Immunität die Phagozytose die hervorragendste Rolle spielt. Ohne auf diese Frage eingehen zu wollen, möchte ich aber doch hervorheben, daß die starke Zerstörung der Leukozyten an METSCHNIKOFFS Befunde von „Phagolyse" bei dem PFEIFERschen Versuch erinnert[1]). METSCHNIKOFF würde also wahrscheinlich auch hier noch eine Bedeutung der Phagozyten supponieren.

Resümee.

1. Bei der experimentellen Gypseumtrichophytie des nicht immunen Meerschweinchens wurde die Entwicklung histologisch verfolgt und festgestellt, daß dem klinisch recht plötzlichen Umschwung zur Heilung auch histologisch eine in kurzer Zeit sich einstellende Umwandlung der relativ unbedeutenden subakuten in eine ganz akute stark nekrobiotische Entzündung entspricht. Dabei finden sich auch nach der in Form einer Kruste erfolgenden Abstoßung in dieser noch gut färbbare Pilzelemente. Die Heilung findet also nicht in erster Linie durch Pilzvernichtung, sondern durch Elimination statt, welche ihrerseits die Folge ist der durch die Pilzinfektion bedingten, sich relativ plötzlich manifestierenden allergischen Reaktion.

2. Am immunen Tier entwickelt sich in kürzester Zeit eine sehr starke demarkierende Entzündung mit nekrobiotischen Veränderungen der obersten Hautschichten, an deren unterer Grenze ein Wall von degenerierten Leukozyten sich ausbildet. Auch hier führt also die allergische Reaktion zu einer Elimination des eingebrachten Pilzmaterials.

3. Die Trichophytinintradermoreaktion bedingt beim immunen Tier eine starke, partiell nekrobiotische, sich knötchenförmig auch in die Umgebung ausbreitende Entzündung.

Literatur.

Die neueren Arbeiten über die Dermatomykosen, die in der vorliegenden Publikation zitiert sind, finden sich zusammengestellt in der zusammenfassenden Darstellung BLOCHS: „Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen"; Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie usw., Bd. 2, Heft 4 u. 5. Halle a. S., Marhold, 1913. — Für die anderen von mir erwähnten Arbeiten finden sich die Literaturnachweise im Text.

[1]) KOLLE-WASSERMANN, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 2. Aufl., Bd. 2, S. 703ff.

Digitized by Google

Jonathan Hutchinson †.

Am 23. Juni entschlief auf seinem Landsitz zu Haslemere bei London Sir Jonathan Hutchinson im 85. Lebensjahre eines sanften Todes. Seit 40 Jahren oder mehr, war er zweifellos der hervorragendste Dermato-Syphilidologe unseres Landes und es dürfte kaum bestritten werden, wenn wir ihm zum großen Teile die Popularisierung des Studiums der Dermatologie in Großbritannien vindizieren, wie auch die Begründung der mit Recht so genannten modernen britischen Dermatologenschule. Diese Tatsache wurde auch gebührend gewürdigt durch seine einstimmige Wahl zum Vorsitzenden des dritten internationalen Dermatologenkongresses, der 1896 in London abgehalten wurde, und den er mit ebenso großer Energie wie mit vollendeter Höflichkeit geleitet hat.

Die Tatsache, daß Hutchinsons Eltern der streng religiösen Gemeinde, der Gesellschaft der Freunde oder — volkstümlicher — der „Quäker" angehörten, befestigte bei ihm zweifellos jene zielbewußte Strebsamkeit und Kraft der Überzeugung, die seine angestrengte Arbeit während der ganzen langen ehren- und erfolgreichen Laufbahn gekennzeichnet hat. Als ein Yorkshireman war er wie natürlich mit unabhängigem Geiste und unbeugsamer Energie in Wort und Tat begabt, dabei von robuster Konstitution und unbegrenzter Fähigkeit zu harter Arbeit.

Seine erste ärztliche Ausbildung erlangte er in der kleinen medizinischen Provinzialschule zu York, wo er unter den Einfluß von Dr. Thomas Laycock (nachmals Professor an der Universität Edinburg) kam, dessen Ansichten über die Physiognomie der Krankheiten Hutchinsons auf zehnjährige Erfahrung basierte Aufstellung der für alle Zeiten mit seinem Namen verknüpften Triade (1859) influenziert haben mögen. Es ist vielleicht eine Kühnheit vor den Lesern dieser Wochenschrift darauf hinzuweisen, daß die drei Kardinalsymptome dieser Dreiheit sind: — eingekerbte, mittlere, obere Schneidezähne, interstitielle Keratitis und Labyrinthaffektion —, aber der Ausdruck wird sehr häufig falsch angewendet und sogar die Symptome werden nicht selten falsch interpretiert oder ungenau beobachtet.

Zeitlebens hat Hutchinsons besondere Aufmerksamkeit die Syphilis stark in Anspruch genommen, und seine Erfahrungen über diese Krankheit in allen ihren Erscheinungsweisen war eine ganz enorme. Seine literarischen Beiträge nach dieser Richtung sind ebenso zahlreich, wie gewichtig und umfangreich. Allerdings hat seine Ansicht, daß Framboësie mit tropischer Syphilis identisch sei, keine allgemeine Annahme gefunden, und ist wohl sicher irrig; aber bis zum Schlusse verfocht er sie mit gewohnter Beharrlichkeit.

Im Anfang seiner Laufbahn war Hutchinson in zahlreichen allgemeinen wie spezialärztlichen Hospitälern unermüdlich tätig, so daß mit Recht von ihm gesagt werden konnte, er sei neben einem erstklassigen chirurgischen Operateur — war er doch Chirurg im Londoner Hospital — auch noch Spezialist in Dermato-Syphilidologie, Ophthalmologie und Neurologie. Sein umfassendes Wissen und die enzyklopädische Art, wie es in seinem Kopfe, wie in einem Taubenschlag, untergebracht war, jeden Augenblick zur Nutzanwendung bereit, das machte ihn nicht nur zum Schiedsrichter auf beinahe jedem medizinischen oder chirurgischen Gebiet, wie entlegen es auch sein mochte, sondern auch zum gefürchteten Gegner, der bis zu den Zähnen mit Tatsachen bewaffnet war, die durch plötzliche Einfälle erhellt nicht selten mit einer Dosis grimmigen Humors vorgebracht wurden.

Digitized by Google

Unter die Dermatologen warf Hutchinson manchen Zankapfel als Resultat seiner unabhängigen Forschung und seiner etwas parteiischen Beurteilung der Beobachtungen auf dem Kontinente, die vielleicht in seiner unvollkommenen Kenntnis fremder Sprachen begründet war. Seine Theorie vom Ursprung der Lepra von verwesenden Fischen, die er zuletzt wenn auch zögernd als den Zwischenwirt des Bacillus leprae ansah, ist so recht bezeichnend. Sie zeigt auch die Konsequenz und Charakterstärke dieses Mannes, der in alten Tagen, 1901, auf eine „Ferienreise" nach Südafrika auszog, um in fernem Lande die Krankheit unter den Kaffern zu untersuchen und im Winter darauf zu gleichem Zwecke eine Fahrt nach Indien folgen ließ, das er der Länge und Breite nach durchstreifte!

Während seiner ganzen Laufbahn machte sich Hutchinson erschöpfende Notizen von all seinen Beobachtungen und er sparte keine Kosten, um ungewöhnliche Fälle in Modellen, Photographien oder Wasserfarben zu erhalten. Diese wurden oft für Jahre beiseite gelegt, hernach aber zur Konsternation und Überrumpelung jüngerer Autoren hervorgebracht, wenn sie glaubten, etwas entdeckt zu haben, oder eine neue Sache herauszubringen. Zur Illustration sei hier ein Stück aus des Schreibers eigener bitterer Erfahrung erwähnt. Als er, vor ungefähr 25 Jahren, die ersten als „Bazinsche Krankheit" in England erkannten Fälle demonstrierte, da trat der Mann, dem diese Zeilen gewidmet sind, sogleich mit Abbildungen von 17 Fällen seiner Beobachtung hervor, deren Natur er zwar nicht feststellen, aber sie doch mit Bestimmtheit von Syphilis zu sondern gewußt hatte, womit diese Krankheit in England immer verwechselt worden war, ein Irrtum, zu dessen Ausrottung viele Jahre nötig waren.

Hutchinsons außerordentliche Vielseitigkeit verlieh allen seinen Beobachtungen erhöhten Wert und sicherte ihnen, die vollste Beachtung der medizinischen Welt, die seinen Rat auch eifrig suchte.

Allerdings hatte diese seine Vielseitigkeit auch manchmal ihre Schattenseiten, so daß Hutchinson manchmal gerade unter den défauts de ses qualités zu leiden hatte. So brachte er vielfache, untereinander ganz verschiedene Hautaffektionen, fälschlich mit der Gicht in Zusammenhang, wohl weil er mit dieser Krankheit, als sie in England sehr verbreitet war, viel zu tun gehabt hatte; ja er ging so weit, daß er sie als Hauptursache für Kaposis multiples idiopathisches Sarkom ansah! Seine eigenartige Geistesrichtung, wahrscheinlich auch noch beeinflußt durch seine botanischen Studien, brachte ihn dazu, verschiedene Krankheiten als „hybride" aufzufassen und Ausdrücke zu schaffen wie Lupus-Psoriasis, Lichen-Psoriasis, Syphilitic Lupus, Eczema-Erysipelas usw., die als irreführend stark beanstandet wurden. Die Raison d'ètre dieser Terminologie ist jetzt durch die ätiologische Forschung längst untergraben, und bald wird man von all dem nichts mehr hören.

In diesen knappen, rasch hingeworfenen Zeilen ist es mir unmöglich alle die zahllosen Gegenstände zu berühren, die abseits vom Arbeitsgebiete dieser Zeitschrift liegen; diese werden ja sicherlich in andern medizinischen Blättern gebührend gewürdigt werden oder aber in einer Biographie, die diesem großen, so vollendeten und so hervorragenden Manne wohl nicht versagt bleiben wird.

Als recht verspätete Ehre wurde Hutchinson 1908 die Erhebung in den Adelstand zu teil; man glaubte aber allgemein, daß er sie mindestens einmal bereits abgelehnt hatte. Mit zahlreichen Auszeichnungen aller Art wurde er aus allen Teilen der zivilisierten Welt überschüttet. Er starb geehrt und geschätzt von einem weiten Kreise Bekannter, und geliebt von denen, die den Vorzug seiner näheren Freundschaft genossen. Unverwelkliches Grün sprosse empor aus seinem Grabe!

J. J. Pringle-London.

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Odessa.

Sitzung vom 6. Februar 1913.

1. A. Landesmann: Demonstration eines 13jährigen Knaben mit einem Gesichtsausschlag, welcher sich im vierten Lebensjahre einstellte. Geistig ist der Knabe normal. Der Ausschlag besteht aus rotgelben, etwa stecknadelkopfgroßen Knötchen, als einer gutartigen Neubildung, die ihren Ausgang vom Drüsenapparat der Haut nimmt. Nach dem klinischen Bilde gehört diese Krankheit zum **Adenoma sebaceum Pringle.**

2. Milmann: Demonstration a) eines Falles von **Keratoma hereditarium palmare et plantare** bei einem 30jährigen Manne, das seit der Geburt besteht und in den Familien des Großvaters, Vaters und zweier Brüder auftrat. Die Schwestern blieben verschont.

b) Eines Falles von **Dermatitis nodularis necrotica (Acnitis)** bei einem 34jährigen Manne mit Spitzenkatarrh. Der Ausschlag besteht aus dunkelroten, erbsengroßen Knötchen mit zentraler, pustulöser Kruste mit Ausgang in atrophische eingesunkene Narben; er rezidiviert seit drei Jahren und ist in der Nasen- und Ohrengegend lokalisiert. Wassermann negativ, Pirquet positiv.

c) Eines Falles mit unklarer Diagnose. Patient ist 30 Jahre alt, hat ein großes Geschwür am Rektum, welches den Sphinkter zerstört hat, und eine Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand. Es wurde eine derbe Infiltration der Nase beobachtet, die in 3—4 Wochen bei indifferenter Behandlung verschwunden ist. In der Anamnese ist eine energische spezifische Behandlung erwähnt (Hg-Injektionen und wiederholte Infusionen von Salvarsan), jedoch ohne irgend einen Einfluß auf den Prozeß im Rektum hervorgerufen zu haben. Wassermann konnte zweimal nicht entschieden werden, da das Serum per se ohne Antigen sich als komplementablenkend erwies (autotrop).

Diskussion: Bernstein: Die brettharte Infiltration der Nase ließ in erster Zeit an Rhinosklerom denken. Jetzt ist keine Infiltration da und man kann eher eine tuberkulöse Erkrankung der Nase und des Rektums annehmen, um so mehr als eine Tuberkulininjektion eine geringe lokale und allgemeine Reaktion zur Folge hatte.

Jakowleff meint die Infiltration der Nase könnte sich vielleicht unter dem Einflusse des Tuberkulins resorbieren, so daß hier vielleicht ein eigenartiger tuberkulöser Prozeß vorliegt.

3. A. Feldmann: Demonstration eines vierjährigen Kindes mit sehr großen, weitverbreiteten, weichen, schmerzlosen Adenitiden und einem heftig juckenden, nässenden Ausschlag fast über den ganzen Körper (namentlich an den Streckseiten). Das Jucken begann sechs Monate nach der Geburt des Kindes. Der Vortragende hält seinen Fall für **Prurigo ferox** mit sekundärer Ekzematisation.

Diskussion: Jakowleff und Bernstein halten diese Dermatitis für Ekzem und die Lymphadenitis für Skrofulose.

4. Perkel. Ein Fall mit unklarer Diagnose. Ein Bauer von 50 Jahren ist seit acht Jahren krank. Die ganze Haut des Patienten mit Ausnahme des Gesichts, besonders an den unteren Extremitäten, ist sehr verdünnt und mit Schuppen bedeckt. Beim Versuche die Haut in Falten zu legen, erhält man den Eindruck „des zusammengeballten Zigarettenpapiers". An den unteren Extremitäten ist das Venennetz sehr deutlich zu sehen. Die Haut der Füße ist infiltriert und zyantisch, an anderen Stellen grauweiß. Die Haut ist trocken und verschiebbar. Die Talgsekretion ist gering, die

Digitized by Google

Schweißabsonderung ist herabgesetzt, die Sensibilität normal. Der Vortragende fragt, ob es sich in diesem Falle nicht um eine **idiopathische progressive Atrophie der Haut** handeln könnte.

Diskussion: Jakowlepp und Bernstein halten diese Krankheit für eine Art Ichthyosis.

Glawtsche kann auch die Diagnose Atrophia cutis progressiva nicht akzeptieren. Das Symptom „des zusammengeballten Zigarettenpapiers" ist nur scheinbar. Es ist für ihn jetzt klar, daß das Hauptmoment der Dermatose nicht die Atrophie, sondern die Desquamation ist.

5. Kranzfeld: **Versuch einer epiduralen Neosalvarsaninjektion.** Einem Syphilitiker kondylomatöser Periode, 27 Jahre alt, wurde in die Sakralgegend 0,15 Neosalvarsan in 25,0 destillierten sterilisierten Wasser eingespritzt. Die Injektion wurde gut vertragen: geringe unmittelbare Schmerzen und ein Gefühl von Schwere in den Beinen am Tag nach der Injektion.

6. Perkel: Nachtrag zum Vortrag über den Fall mit **Ulcus ani et penis,** welcher in den Sitzungen vom 21. XI. und 5. XII. 1912 demonstriert wurde: die Impfung eines Meerschweinchens mit dem Material (Detritus) vom Ulcus ani führte zur Tuberkulose des Tieres.

Sitzung vom 6. März 1913.

1. Sacharow: Ein Fall von **Bromoderma tuberosum** bei einer Epileptikerin von 29 Jahren. Der Ausschlag lokalisierte sich an den Unterschenkeln in Form von Vegetationen, die mit Eiterherden durchsetzt waren.

2. Landesmann: Die zweite Vorstellung des jeder Therapie trotzenden Falles von **Psoriasis vulgaris,** der teilweise mit X-Strahlen behandelt wurde (in drei Sitzungen 5 H). Es ist eine zweifellose Besserung zu konstatieren und zwar nicht nur an den beleuchteten Stellen, sondern am ganzen Körper.

Diskussion: Glawtsche: Es ist sehr interessant, woher diese **allgemeine** Besserung des psoriatischen Prozesses bei **lokaler** radiologischer Behandlung einzelner Hauptbezirke stammt. Handelt es sich um den harmonischen reflektorischen Einfluß des lokalen Heilfaktors auf den Allgemeinprozeß, oder haben wir es hier nur mit einer Spätwirkung der vorangegangenen Heilmethoden zu tun. (As- und Tyreoidininjektionen.)

Jakowlepp weist auf Rezidive an den beleuchteten Stellen hin.

3. Megaworian: Die dritte Vorstellung des Patienten mit **Ulcus molle phagedaenicum** von dreijähriger Dauer. Die Ulzera haben sich vernarbt, indem sie zu einer Harnfistel geführt haben.

4. Glawtsche: Ein Fall von **Psoriasis vulgaris** mit Lokalisation nur an den Händen (Dorsum et Vola manus), am Skrotum und Penis und am behaarten Kopfe. Die Haut der Vola manus ist zusammengezogen, die Finger sind steif. Die Krankheit besteht seit $1^1/_2$ Jahren.

5. Milmann: Vorstellung eines Patienten mit **Parapsoriasis en plaques.**

Der Ausschlag ist über den Körper und die Extremitäten zerstreut, besteht aus zahlreichen gelbroten, rotbraunen, unter dem Druck nicht verschwindenden, nicht scharf begrenzten, von erbsen- bis fünfmarkstückgroßen Flecken, welche auf einem normalen, nicht infiltrierten Boden sitzen. Die Ausschlagselemente zeigen bald eine ovale, bald eine runde, bald eine längliche Form, gehen den Rippen und Hautfalten parallel und erheben sich nicht über das Hautniveau. Die Oberfläche der Flecken ist entweder glatt, oder von trockenen, weißlichen, sehr kleinen Schüppchen bedeckt; nach Entfernung derselben kommt zum Vorschein ein glatter, trockener, gelbroter, nicht blutender Boden.

Digitized by Google

Diskussion: Jakowleff, Bernstein und Glawtsche sind vollständig mit der Diagnose des Falles einverstanden und betonen die außerordentliche Seltenheit des Falles überhaupt und speziell in Rußland. Auf Grund aber der rötlichen Exkreszenzen an den seitlichen Bauchpartien fragt sich Glawtsche, ob man doch vollständig das prämykotische Stadium der Mykosis fungoides ausschließen kann.

6. Bernstein stellt einen Patienten von 53 Jahren vor, mit **Gangraena penis,** die die Glans penis und das Präputium einnimmt und bei gutem Selbstbefinden und normaler Temperatur verläuft. Der Patient leidet an Vitium cordis. Die Erkrankung begann vor vier Tagen mit Schwarzwerden der Glans. Der Kranke ist eben in die Abteilung des Vortragenden aufgenommen; er wird noch genau nachuntersucht und der Befund der dermatologischen Gesellschaft mitgeteilt werden.

Diskussion: Glawtsche. Das scharfe Abschneiden der Demarkationslinie und die Abwesenheit irgend eines anderen typischen Geschwürs spricht gegen die Annahme, daß es sich hier um irgend ein venerisches Ulkus kompliziert von Gangrän handelt. Liegt hier vielleicht Diabetes vor? A. Landesmann und G. Glawtsche.

VIII. Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Pathologie.

Pisa, 25.—28. März 1913.

(Wir bringen hier nur die den Dermatologen interessierenden Artikel.)

Experimentelle luetische Periostitis mit Karies des Schädeldaches, von F. Vanzetti-Turin. Infolge der subduralen Einimpfung von Stückchen von einem durch Serienimpfung erhaltenen reinen Syphiloms bei einem Kaninchen beobachtete man nach 35 Tagen eine 11 cm × 9 cm große Adrosia des Schädeldaches mit buchtigen und gezackten Rändern und Erweichung des Knochens.

Entsprechend dieser Adrosion war das Periost verdickt, hatte speckartige und elastische knorpelähnliche Konsistenz; die Dura erschien auf ihrer äußeren Oberfläche ebenfalls verdickt und speckartig. Sowohl bei Frischuntersuchung unter Dunkelfeldbeleuchtung wie bei Untersuchung von Schnitten fand man im verdickten Periost zahlreiche Spirochaetae pallidae. Auf die Einimpfung von Stückchen des betreffenden Periosts in das Skrotum eines Kaninchens folgte die Entwicklung eines typischen Syphiloms. Es handelte sich also um eine luetische Periostitis und Tachymeningitis mit Knochenkaries.

Untersuchungen über Substanzen mit trichoblastischer Wirkung, von V. G. Bernabei-Siena. Bei Untersuchungen über das Fischersche Phänomen (künstlich erzeugte Epithelwucherung) hat Jores beobachtet, daß die Wucherung vorwiegend von den Haarwurzelscheiden, als stetig tätigen Keimungszentren, ausging. Vortragende hat nun untersucht, ob die betreffenden Stoffe, auch äußerlich angewandt, eine Wirkung auf den Haarwuchs ausübten. Sie benutzte die Stoffe, die bei den Versuchen Fischers sich am wirksamsten erwiesen haben, und zwar in Form von Salbe, die auf eine geschorene Zone des Rückens von Kaninchen geschmiert wurde.

Der Haarwuchs wurde bedeutend beeinflußt; einige Stoffe (ranziges Fett, Azeton) beschleunigten, andere (Oleinsäure, rohes Paraffinöl) verlangsamten den Wachstum, noch andere, und zwar die meisten (Tabak, Sudol, Teer) wirkten zuerst epilierend, es folgte aber auf diese Wirkung ein Wachstum von dichteren und stärker pigmentierten Haaren, auf welche eine weitere Anwendung des betreffenden Stoffes keinen Einfluß mehr auszuüben schien.

Über die Ätiologie der Pellagra, von A. Perroncito-Mailand. Die qualitativ und quantitativ ungenügende Ernährung stellt ohne Zweifel eine sehr wichtige prädisponierende

Digitized by Google

Ursache der Krankheit dar. Die toxische, d. h. die Maistheorie, ist bis heute nicht bewiesen; durch dieselbe läßt sich die Epidemiologie der Pellagra nicht erklären. Die neueren immunitären Untersuchungen über die Pellagra sind zwar sehr interessant, haben aber bis jetzt keine ätiologisch verwertbare Daten geliefert.

Rossi pflichtet den Schlußfolgerungen Perroncitos bei, und bemerkt, daß die Untersuchungen der italienischen Pellagrakommission die Theorien von Tizzoni, von Sambon und von Alessandrini nicht bestätigen konnten.

Ceni betont, daß das Vorkommen von Pellagra bei Individuen, die nie Mais genossen haben, sichergestellt ist; er hat selbst einen Fall beobachtet. Er erwähnt ferner die Tatsachen, die für die von ihm aufgestellte toxisch-parasitäre Theorie sprechen.

Silvestrini konnte, zusammen mit Pisenti, in der Milz von Pellagrakranken weder Bakterien noch Gebilde, die an Protozoen hätten erinnern können, nachweisen.

Über den Evolutionszyklus des Streptobacillus pleomorphus pellagrae, von Tizzoni-Bologna. Vortragender berichtet über Untersuchungen, die er zusammen mit Deangelis ausführte. [Bereits veröffentlicht und in dieser Zeitschrift von mir referiert.]

Experimentelle Untersuchungen über die Sporotrichosen, von Dagata. Wenn man weißen Mäusen, die durch subkutane Einspritzungen von 0,5 ccm einer 1%igen Isaminblaulösung vital gefärbt wurden, 1 ccm einer 20 Tage alten Bouillonkultur von Sporotrichum Beurmanni intraperitoneal einimpft, so erscheinen in den sogenannten Pyrrolzellen, d. h. in histiogenen Elementen, mit feinkörnigem vitalfärbbarem Protoplasma, die migratorische und phagozytäre Eigenschaften besitzen (Goldmann), blaue Granulationen.

In ähnlicher Weise wie die Pyrrolzellen verhalten sich die Sternzellen der Leber, die Interstitialzellen des Hodens und die Netzzellen der Lymphdrüsen.

Zum Nachweis der Pyrrolzellen hat Vortragender das von Goldmann, Joà, Dewel angegebene Verfahren (Fixierung in 10%igem Formalin, Färbung mit Alaunkarmin und schwacher Orangelösung) angewendet.

Vortragender untersuchte einen Sporotrichoseknoten während der verschiedenen Evolutionsperioden und beobachtete zuerst eine Vermehrung der sogenannten Pyrrolzellen, später eine zunehmende Alteration derselben; es nimmt die Zahl der erwähnten Granula ab und es tritt eine schwache diffuse blaue Färbung des Protoplasmas ein. Während dann bei diesen Zellen die Elektrizität des Protoplasmas für Vitalfarben abnimmt, tritt eine Affinität für Farben auf, die zum Nachweis der Fettsubstanzen dienen. Diese Modifizierungen beobachtete Vortragender besonders an der Grenze zwischen der externen (lymph- und bindegewebige Reaktion) und der mittleren (epitheloiden) Zone.

Schwarzkörniges Myzetom des Fußes, von Vepere-Cagliari. Vortragender beschreibt einen von ihm beobachteten Fall von einer besonders in Europa sehr seltenen Krankheit: melanoider Madurafuß. Diese entwickelte sich vor 18 Jahren bei einem Bauer, der nie seine Heimat (Sardinien) verlassen und nie ein Trauma erlitten hat, zuerst in Form eines harten Knötchens an einer Fußsohle, welches sich dann erweichte und eine klebrige, eiterähnliche, schwarze Körnchen enthaltende Substanz heraustreten ließ. In jedem Frühjahr traten neue Knoten auf, so daß nach und nach der Fuß zum Sitz eines vielgestaltigen Krankheitsprozesses wurde: verschieden große schwärzliche Knoten abwechselnd mit gelblichen Eiterherden; schwärzliche fistulöse Gänge, die mit kraterförmigen Hautgeschwüren endeten; Hyperkeratosen, hypertrophische Narben, Erweichung und Zerstörung von Knochen; Sklerose oder sülzeartige und speckartige Umwandlung der Weichteile, Anschwellung und Entstaltung des ganzen Fußes. Der Allgemeinzustand des Patienten war ein guter.

In den Knoten konnte Vortragender einen Pilz nachweisen, den er mit der Madurella mycetomi Laveran identifiziert und den er kultivieren konnte.

Digitized by Google

Experimentelle Untersuchungen über die luetische Meningoencephalitis, von F. Vanzetti-Turin. Vortragender konnte in einigen Fällen, dadurch, daß er ein aktives syphilitisches Virus Kaninchen subdural einimpfte, einen spezifischen Prozeß in den Hirnmeningien hervorrufen. In diesen beobachtete er eine lebhafte lymphozytäre Infiltration, bald diffus, bald in Form von Herden, die besonders in der Umgebung der Gefäße und in den subarachnoidealen Räumen und Maschen lokalisiert waren. Von den Meningien aus breitet sich der Prozeß zuweilen im Gehirn, besonders längs den adventitiellen Scheiden der Gefäße aus, und es entstehen bald dicke perivaskuläre Infiltrate, bald ausgedehnte enzephalitische Herde in der Dicke der weißen und grauen Substanz.

In anderen Fällen dehnt sich der Entzündungsprozeß von der Pia im Gehirn keilförmig aus und zerstört die parenchymalen Elemente des Gehirns. Die meningealen Alterationen können zurückgehen; die Hirnläsionen können nach 75 Tagen noch fortbestehen.

Über die Leukoenzephalitiden bei erbsyphilitischen Neugeborenen, von Pellegrini-Padua. Bei einem sicher luetischen Neugeborenen (Osteochondritis der Röhrenknochen und der Rippen; Myokarditis und interstitielle diffuse Hepatitis; Nachweis von Pallidae in fast allen Organen) fand Vortragender eine diffuse Leukoenzephalitis beider Hirnhemisphären, mit positivem Spirochätenbefund.

Die Geschlechtsdrüsen bei männlichen Geisteskranken, von Todde-Cagliari. (Die Beobachtungen des Vortragenden wurden bereits veröffentlicht und von mir in dieser Zeitschrift referiert.) H. Rühl-Turin.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1913, Band 20, Heft 7.

Sieben Fälle von zerebralen Erkrankungen nach Salvarsanbehandlung, von Victor Caesar-Dresden. Verfasser berichtet über unerwünschte schwere zerebrale Erkrankungen mit ausführlichen Krankengeschichten nach Anwendung von Salvarsan, die im Stadtkrankenhaus zu Dresden zur Beobachtung kamen. Er schließt von vornherein den „Wasserfehler" als Ursache dieser Unfälle aus, weil ganze Serien von Kranken mit den aus demselben Wasser bereiteten Salvarsanlösungen behandelt wurden, ohne daß derartige schwere Zufälle bei denselben beobachtet wurden. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu der Auffassung, daß das Salvarsan eine Giftwirkung entfaltet, und zwar durch seine Arsenkomponente. Der Angriffspunkt des Arsens sind die Kapillargefäße mit besonderer Affinität des Splanchnikusgebietes. Es muß aber hier beim Salvarsan noch eine besondere Veranlassung vorliegen, eventuell eine verminderte Widerstandskraft der Behandelten, die durch Atherosklerose, Alkoholerkrankungen des Zentralnervensystems, Fäulnistoxine im Körper usw. bedingt ist.

Zur Klinik der Blasensyphilis, von A. Dreyer-Köln. Verfasser behandelt ein sehr interessantes Thema, zumal die Literatur über diese viszerale Syphilisinfektion noch eine sehr geringe ist. Man kann es daher mit Dank begrüßen, daß Dreyer die bis jetzt bekannten Fälle zusammengestellt hat. Aus diesen ist zu ersehen, daß diese Krankheit sowohl im sekundären als auch besonders im tertiären Stadium vorkommt. Das klinische Krankheitsbild ähnelt dem einer Zystitis. In der Frühperiode findet man Papeln und Geschwüre; in der tertiären gummöse, glatte und papillomatöse Geschwülste, gummöse Geschwüre mit und ohne Inkrustationen und eventuell Fistelbildung. Ver-

Digitized by Google

fasser rät nun bei zystoskopisch festgestellten Tumoren, Geschwüren oder interstitiellen Entzündungen auf Syphilis zu fahnden und den WASSERMANN anzustellen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Es gibt auch ältere, nur sehr energischer Therapie weichende Fälle. Therapeutisch erweisen sich Jod, Quecksilber und Salvarsan als wirksam.

Chrzelitzer-Posen.

Lepra.

1913, Band 14, Heft 1.

Die Lepra in Estland, von A. KUPFFER. Im Anfange des XIII. Jahrhunderts wurde der Aussatz in Estland durch Kreuzfahrer eingeschleppt. Es wurden hier energische Maßregeln zur Bekämpfung der Seuche getroffen, die namentlich in Isolierung der Kranken in Leproserien bestanden. Im XV. Jahrhundert erlosch die Seuche, um erst im XIX. Jahrhundert durch die Kosaken wieder eingeschleppt zu werden, und zwar zur Zeit des Napoleonischen- und des Krimkrieges. Erst 1896 ist in Estland ein eigenes Leprosorium entstanden, nachdem vorher (seit 1890) die estländischen Leprösen im livländischen Leprosorium untergebracht worden waren. 1902 wurde das administrative Verfahren mit den Leprakranken auf eine gesetzliche Basis gestellt. Das jetzt in Estland übliche System ist dem in Norwegen gebräuchlichen fast gleich. Im Landesleprosorium sind seit drei Jahren über 60 Kranke interniert; das ist mehr als ein Drittel aller Leprösen in Estland.

Betrachtungen über zwei Leprafälle in Tunis, von G. EICHMULLER. Mitteilung zweier einwandfreier Leprafälle aus Tunis. Die Lepra unterliegt hier nicht der Anzeigepflicht. Es gibt kein Gesetz, das die Unterbringung Lepröser in Asylen oder die Isolierung in anderer Weise vorschreibt. Verfasser hält es für wünschenswert, daß in Tunis die obligatorische Anzeigepflicht eingeführt würde, daß für genügende Isolierung Lepröser gesorgt würde, daß eine neue Untersuchung eingeleitet würde, ob die Krankheit seit der letzten Feststellung im Jahre 1907 um sich gegriffen habe und daß die Einwanderung Lepröser in Tunis verboten würde.

Mitteilung über Lepra in Serbien, von E. MEULENGRACHT-Kopenhagen. Verfasser sah während des Balkankrieges einen Leprafall in Serbien. Da bisher erst drei einwandfreie Fälle von Lepra in Serbien beschrieben wurden, ist die neue Beobachtung bezüglich der geographischen Verbreitung der Krankheit von Interesse. Sie betrifft einen 21jährigen Mann aus Valjero im westlichen Serbien. Aus anamnestischen Angaben geht hervor, daß der Vater und ein Bruder mit der gleichen Krankheit behaftet waren. Der Kranke selbst zeigte vor fünf Jahren die ersten Erscheinungen in Gestalt von Knotenbildungen an der Nase. Später entwickelten sich Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten. Gegenwärtig fand sich Facies leontina, Knotenbildung im Naseninnern und am Gaumen, Anschwellungen, Sensibilitätsstörungen und Geschwürsbildungen an Händen und Füßen. Verfasser glaubt, daß die Lepra in Serbien nicht seltener ist, als in den übrigen Balkanstaaten, wo sie schon öfters beobachtet wurde.

Valentiner-Leipzig.

Heft 2.

Neuere Untersuchungen über Einimpfung von Lepramaterial in die vordere Augenkammer des Kaninchens, von RODOLFO STANZIALE-Neapel. Nachdem frühere Versuche STANZIALES, lepröses Material, bazillenreichen Gewebssaft aus Leprakuoten, in das subkonjunktivale Gewebe, auf die Kornea oder in die vordere Kammer des Kaninchenauges zu verimpfen, negativ ausgefallen waren, ergaben Impfungen mit leprösen Gewebspartikeln in die vordere Kammer in mehreren Fällen ein positives Resultat. Im

Digitized by Google

ganzen wurden 31 Kaninchen den Versuchen unterworfen. Von 17 Tieren der ersten Serie wurden 12 mit flüssigem Material behandelt und ergaben stets ein negatives Impfresultat, 5 dagegen erhielten Gewebsstückchen frisch exstirpierter Lepraknoten in die vordere Kammer implantiert; von diesen zeigten 4 ein positives Ergebnis. 14 Tiere der zweiten Serie wurden in der letztgenannten Weise behandelt, und es erfolgte in vier Fällen (Material aus Palermo) Haftung, während die übrigen (meist Material aus Cagliari) ergebnislos verliefen. Die Technik war in allen Fällen die gleiche; die Tiere erhielten in der Regel nur ein Gewebsstückchen implantiert, nur in wenigen Fällen wurden zwei verwendet.

Der Grund des Versagens bei Verwendung von Bazillensuspensionen liegt wahrscheinlich in der schnellen Absorption des Impfmaterials. Dagegen bleiben Gewebspartikel lange liegen, und die in ihnen enthaltenen Bakterien finden in dem alterierten Gewebe einen geeigneten Boden zur Weiterentwicklung. Diese Ansicht wird durch die Beobachtung gestützt, daß die Impferfolge um so günstiger ausfallen, je größere Partikel in die vordere Kammer gebracht werden. Von größter Bedeutung für die Haftung ist die Provenienz des Materials. Man muß möglichst floride Krankheitsprodukte verwenden. Von geringerer Bedeutung ist die zwischen Exstirpation und Inokulation verstrichene Zeit. So wurde mit einem Material, das erst 19 Stunden nach seiner Entnahme inokuliert wurde, ein positives Ergebnis erzielt; ein Beweis für die große Widerstandskraft der Leprabazillen.

Der Verlauf der Impfung war in allen Fällen im wesentlichen der gleiche. Zuerst beobachtet man ein vorübergehendes, durch den operativen Eingriff und die Fremdkörperwirkung hervorgerufenes entzündliches Reaktionsstadium mit Quellung und Vergrößerung des implantierten Gewebsstückes. Dann folgt ein Stadium der allmählichen Verkleinerung des Impfpartikelchens, in negativen Fällen bis zu dessen völliger Resorption. Bei positivem Ergebnis dagegen beginnt nach einer 30—40tägigen Inkubationszeit ein langsames Wachstum des Impfteilchens bis zu sieben- bis achtfache Anfangsgröße. Das nun vorliegende Granulom hat eine grau-gelbrote Färbung. In seiner Umgebung kommen punktförmige Knötchen zur Entwicklung, die in einem Kranze neugebildeter Kapillargefäße liegen und unter allmählichem Verschwinden dieser Kapillaren nach und nach zu herdförmigen Infiltrationen konfluieren.

Wenn das Granulom sich so weit vergrößert hat, daß es die hintere Wand der Kornea berührt, entsteht in letzterer mehr oder minder ausgedehnte Trübung und Gefäßneubildung. Im mikroskopischen Bilde sieht man einen in die Iris eingebetteten gefäßarmen, im Zentrum amorphen Knoten, umgeben von Infiltrationsgewebe, das aus epitheloiden Zellen und Leukozytenanhäufungen besteht. Im übrigen Irisgewebe finden sich Leukozytenhaufen, namentlich in der Umgebung der Blutgefäße. Der Ziliarkörper und die Sklera sind nicht nennenswert verändert. Die Kornea zeigt in der Nähe des Granuloms neugebildete Gefäße und zellige Infiltration. Mit der Färbung nach Ziehl-Neelsen findet man zahlreiche Leprabazillen, meist in Gruppen vereinigt, extra- und intrazellulär gelagert. Nach der Unnaschen Färbemethode färben sich die meisten intensiv blau, nur wenige gelb.

Der sichere Beweis für die tatsächliche Haftung der Impfung wird einerseits durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion erbracht, die bei negativem Impfresultat und bei Kontrolltieren, denen peritoneal lepröses Material einverleibt wurde, stets negativ ausfiel, andererseits durch die Entwicklung von Krankheitsherden entfernt von der Impfstelle und den Bazillennachweis in ihnen. Auch die Weiterimpfung von infizierten Kaninchen auf andere bei der gleichen Technik war in einigen Fällen erfolgreich.

Digitized by Google

Eine Kommission der königlichen Akademie der Medizin und Chirurgie zu Neapel, die mit der Prüfung der Arbeit betraut wurde, bestätigte die Richtigkeit der Beobachtungen Stanziales.

Heft 3.

Dokumente zur Ausübung der Lepraschau in Frankfurt a. M. im XV. Jahrhundert, von Karl Sudhoff-Leipzig. Es wurden 29 Dokumente aus dem XV. Jahrhundert in extenso mitgeteilt, die zeigen, daß zu dieser Zeit in Frankfurt am Main eine öffentliche, behördlicherseits autorisierte und kontrollierte Aussatzschau bestand, die am Main und mittleren Rhein großes Ansehen genoß und von weither freiwillig aufgesucht oder behördlicherseits beschickt wurde. Die ältesten Briefe stammen aus den Jahren 1428 und 1431.

Die Lepra der Ratten (Lepra murium), von E. Marchoux und F. Sorel. 1903 fand Stefansky bei Wanderratten in 5% der Fälle einen säure- und alkoholfesten Bazillus, das Mycobacterium leprae murium, den Erreger der Rattenlepra. Die Lepra der Ratten ist über die ganze Welt verbreitet. Man unterscheidet zwei Formen der Krankheit: die glanduläre und muskulo-kutane. Die erstere Form findet sich bei 5%, die letztere bei 0,6% der untersuchten Tiere. Die Krankheit verbreitet sich auf dem Lymphwege; die befallenen Drüsen zeigen keine Neigung zur Vereiterung. Von den Lymphdrüsen aus verbreitet sich der Krankheitsprozeß im umgebenden Bindegewebe. Es werden auf diesem Wege zunächst das interfaszikuläre Gewebe der Hautmuskeln, später auch das der Bauch-, Brust- und sogar der Extremitätenmuskulatur befallen. Das Unterhautzellgewebe zeigt weitgehende derbe Infiltrationen. An den inneren Organen finden sich keine deutlichen makroskopischen Veränderungen. Die Lunge spielt die Rolle eines Schutzorgans, indem es wie ein Filter die ins Blut gelangten Bazillen aufhält. In den Spitzen finden sich mitunter schon im Beginn der Krankheit in Zellen eingeschlossene Bakterien; niemals trifft man in den Lungen Knotenbildungen an. Experimentelle Inokulationen lassen sich leicht bewerkstelligen; die Mißerfolge früherer Verfasser sind durch zu kurze Beobachtungszeit der geimpften Tiere zu erklären, denn die Vermehrung der Keime ist eine außerordentlich langsame. Den Verfassern ist es mühelos gelungen graue und weiße Ratten subkutan mit Erfolg zu impfen, indem sie ein Gewebsstückchen, das viele Bazillen enthielt, unter die Haut brachten. Von 14 Versuchstieren wurden zehn so infiziert. Durch subkutane Einspritzung von Bazillensuspensionen gelang die Übertragung in sämtlichen acht Fällen. Sechs Ratten, die mit Einreibungen bazillenhaltigen Materials in die skarifizierte Epidermis behandelt waren, zeigten nach dem Tode Drüsenschwellungen mit positivem Bazillenbefund. Ebenso hatten sechs Versuche ein positives Ergebnis, in denen die Bazillen in die frisch epilierte Haut eingerieben wurden. Durch die intakte Haut vermögen die Bazillen nicht einzudringen. Auf weiße Mäuse läßt sich die Rattenlepra übertragen, während Meerschweinchen unempfänglich sind.

Der Bazillus Stefansky, der in großer Zahl in den erkrankten Geweben zu finden ist, färbt sich leicht nach der Ziehlschen Methode; er ist grampositiv. Er ist stets intrazellulär und ist dem Erreger der menschlichen Lepra sehr ähnlich, unterscheidet sich aber durch seine Lagerung in den Zellen.

Es gelingt relativ leicht, eine erste Kultur anzulegen, doch ist eine Weiterkultivierung bisher nicht gelungen. In Mischkulturen geht der Bazillus bald zugrunde. Austrocknung vermag er nicht zu überstehen. Eine Erhitzung auf 60° vermag er nicht länger als fünf Minuten zu ertragen. Bei intraperitonealer Einverleibung vermehrt sich der Bazillus in den inneren Organen. Die spontane Erkrankung erfolgt durch Berührung einer Hautläsion mit einer kranken Haut, auch durch Biß oder Kontakt mit infizierten

Digitized by Google

Gegenständen kann die Übertragung erfolgen. Nabel und Brustwarze sind nicht die Eingangspforten, ebenso kommt eine genitale Übertragung nicht vor.

Die Insekten der Ratten spielen als Überträger der Krankheit keine Rolle, die Krätzmilben nur eine indirekte, indem die mit ihnen behafteten Tiere häufig kleine Hautläsionen haben, die die Infektion ermöglichen.

Die Einverleibung großer Mengen von Keimen durch die Nahrung führt zu einer primären Lungenerkrankung. Die Drüsen künstlich infizierter Tiere sind klein, im Gegensatz zu denen spontan erkrankter Tiere.

Durch Inokulation erhält man stets die glanduläre Form der Krankheit, die muskulo-kutane entsteht, wenn man Mischkulturen verimpft.

Heft 4.

Lepröse Anaphylaxie, von H. Gougerot. Durch Injektionen von Leprolin Rost, das ein Kulturfiltrat von Leprabazillen darstellt, werden bei Leprösen spezifische allgemeine und lokale Reaktionen ausgelöst. Die letzteren bestehen in Rötung und Schwellung der Lepraknoten, die ersteren in Temperatursteigerung und Störung des Allgemeinbefindens. Diese Erscheinungen verschwinden nach 1—3 Tagen. Nur die lokale Reaktion ist diagnostisch zu verwerten, da auch Tuberkulöse unter dem Einflusse des Leprolins eine Irritation des Allgemeinbefindens zeigen können. Nach Leprolininjektionen können auch neue Knoten auftreten, oder alte, scheinbar abgeheilte wieder sichtbar werden; ein Zeichen, daß an solchen Stellen noch lebensfähige Bazillen vorhanden waren. Bei wiederholter Injektion von Leprolin wird die Reaktion sukzessive geringer. Das Leprolin hat auch kurative Eigenschaften: Nach Abklingen der lokalen und allgemeinen Reaktion bilden sich die Erscheinungen zurück. Die Behandlung der Lepra mit Leprolin ist die beste, die wir gegenwärtig kennen.

Bei Verwendung von Emulsionen von Leprabazillen, gewonnen durch Verreibung lepröser Knoten und Abtötung durch Hitze, erhält man die gleichen Resultate wie mit Leprolin.

Die Reaktionen Lepröser auf Tuberkulin und Tuberkulöser auf Leprolin beweisen, daß die betreffenden Toxine nicht absolut spezifisch wirken. Diese Erscheinung wird als Gruppen-Anaphylaxie ausgelegt. Die Toxine sensibilisieren mit Vorliebe die Bazillenart, von der sie stammen, in geringerem Grade aber auch die Vertreter verwandter Gruppen.

Ein typischer Fall von „Papierwissenschaft", von P. G. Unna. Der „Aussatz" der Bibel, Zaraath, hat mit der Lepra nichts gemein. Der sehr interessante Artikel zeigt in überzeugender Weise, wie durch wiederholte Mißverständnisse diese beiden völlig verschiedenen Begriffe kritiklos identifiziert worden sind. Zaraath ist überhaupt keine Krankheitsbezeichnung, sondern bedeutet etwa so viel wie „tabu". Wäre das unselige Mißverständnis nicht erfolgt, wären wir um eine ganze Bibliothek papierner Wissenschaft ärmer und auch um die speziell deutsche unsinnige Leprafurcht. (S. Bd. 56, S. 55.)

Die letzten Untersuchungen über Einimpfung von Lepramaterial in das Kaninchenauge, von Alberto Serra. Betrachtungen über schon früher in Lepra (Bd. 12, Nr. 1) publizierte Inokulationsversuche. Es ist gelungen, Kaninchen sowohl mit Kulturen von Leprabazillen wie mit Partikeln von Lepraknoten in die vordere Kammer mit Erfolg zu impfen. Im ersteren Falle entstehen mehr diffus ausgebreitete Herde, die Bazillen in großer Zahl enthalten, im letzteren zirkumskripte, bazillenarme Knoten. Auch die serienweise Weiterimpfung von Tier zu Tier ist möglich.

Die Wassermannsche Reaktion ist bei gelungener Übertragung in 90% der Fälle positiv, wenn man als Antigen ein Extrakt aus jungen Lepraknoten verwendet, in 76%

Digitized by Google

bei Verwendung von syphilitischem Leberextrakt. Die serologische Untersuchung ermöglicht, den Zeitpunkt der Haftung zu ermitteln; denn die Wassermannsche Reaktion ist stets negativ, solange die Impfung nicht angegangen ist. Nach erfolgter Haftung wird sie nach und nach positiv.

Die Arbeit enthält zahlreiche Abbildungen mit ausführlichen Erläuterungen.

Valentiner-Leipzig.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1913.

Drei Fälle von Granuloma annulare, von J. L. Bunch. Von den drei Fällen, welche B. neuerdings beobachtete, war einer besonders ungewöhnlich, weil der Fußrücken befallen war und das Hautleiden ein Kind im Alter von $2^1/_2$ Jahren betraf. Die am rechten Fußrücken vorhandene Eruption bestand aus einem einzigen ununterbrochenen Ring von zirka 1 Zoll Durchmesser, aus festem, leicht erhabenem und knötchenförmigem Gewebe zusammengesetzt, Knötchen waren deutlich an einigen Stellen des Ringes für das Auge erkennbar und hatten, wie der übrige Teil desselben, eine glatte, blasse, etwas glänzende Oberfläche. Außer diesem „Ring" war am Fußrücken etwa $1^1/_2$ Zoll von demselben entfernt eine unregelmäßige, knotige Masse von Erbsengröße vorhanden, die erst seit etwa 14 Tagen bestand, in der Beobachtungszeit aber augenscheinlich durch Zusammenschluß frischer kleiner Knötchen ständig wuchs und Ringbildung annahm. Das Kind schien keinerlei subjektive Beschwerden zu haben und war sonst gesund. Mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Teiles des größeren Ringes zeigte, daß Verdickung der Hornschicht und Verlängerung der interpapillären Körper (in der Epidermis) und perivaskuläre Infiltration und geringe Erweiterung der Gefäße (im Derma) die hauptsächlichsten Veränderungen waren. Die zwei anderen Fälle waren ganz typischer Art und betrafen den Rücken der Hand. B. sieht in diesen Eruptionen genau das, was mit Granulomen bezeichnet wird und hält die Bezeichnung „Granuloma annullare" für diese Gruppe von Hautkrankheiten als eine völlig entsprechende. Sie müßte also jene Fälle ringförmiger Eruptionen einschließen, welche gewöhnlich an den Extremitäten gefunden werden, aber auch an anderen Körperstellen auftreten, ausgesprochen chronische Entwicklung haben, welchen ein Erythem vorausgehen kann oder nicht, und welche entweder zentrifugal oder häufiger durch die Verschmelzung kleiner Knoten (bis zur Ringbildung) entstehen. Sie haben das oben beschriebene charakteristische Bild; die Frage, ob die Entstehung eine ausgesprochen hämatogene ist, muß vorläufig noch offengelassen werden.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juni 1913.

Morpheaähnliches Epithelioma, von L. Heidingsfeld-Cincinnati. Bei dem 38jährigen Manne war ein unregelmäßig runder, im Zentrum gelblichweißer, harter, auf Druck nicht empfindlicher Fleck an der rechten Wange nahe dem Mundeck vorhanden, der vor etwa drei Jahren als kleiner Knoten zuerst aufgetreten und allmählich bis zur Größe eines Markstückes gewachsen ist; einige wenige indolente ulzerierende Stellen, unregelmäßig über den Rand und das Zentrum verbreitet, kamen auf Anwendung von Arsenikpaste rasch zur Heilung. Die histologische Untersuchung von exzidierten Stückchen der lederharten Neubildung ergab ein Basalzellenepitheliom, dessen Stadien (der Evolution und Involution) in den Serienschnitten genau verfolgt werden konnten, und bestätigte die klinische Diagnose eines morpheaähnlichen Epithelioms. Dasselbe

Digitized by Google

erklärt H. als ein in vieler Hinsicht zu den präepitheliomatösen Hautaffektionen gehöriges Gebilde, ebenso wie das multiple gutartige Zystenepitheliom und das zystische adenoide Epitheliom Brookes dahin zu rechnen seien. Manche der letzteren Fälle und der älteren Formen von Ulcus rodens bieten klinische und histologische Charakteristiken, die nach H.s Erfahrung mit dem morpheaähnlichen Epitheliom viel Gemeinsames haben.

Verruga peruana, eine vergleichend histologische Studie an Menschen und Affen, von Harold N. Cole. In einem Falle von Verruga, welcher mit Erfolg auf die dritte Generation bei Affen übertragen wurde, wurde keiner der Mikroorganismen, die als spezifisch für die Affektion angesehen werden, gefunden. Die Tumoren, welche am Menschen und den Affen beobachtet wurden, sind einander sowohl im Äußeren wie im histologischen Bilde sehr ähnlich. Sie sind in ihrem Typus Granulome, verursacht durch irgend einen unbekannten Organismus, der wahrscheinlich im Blute zirkuliert und eine Entzündung und Obstruktion der Lymphwege mit subkutanen entzündlichen Veränderungen und Nekrose hervorruft. Wie die anderen Granulome — Tuberkulose, Syphilis, Sporotrichosis, Aktinomykosis — ihre eigenen histologischen Veränderungen haben, so auch Verruga, welche zu derselben Klasse gehört. Die letztere ist u. a. durch Bildung und Erweiterung einer großen Anzahl von Blutkapillaren und Austritt reichlicher Serummengen und vieler roter Blutzellen in die Gewebe charakterisiert. Die Lymphgefäße bersten entweder in einem frühen Stadium oder nehmen großen Umfang an, wenn ihr Zellinhalt eine Art hyaliner Degeneration mit Zerstörung des Gefäßes und Invasion der Geschwulstmasse mit Plasmazellen und Fibroblasten eingeht.

Negative Wassermannsche Reaktion bei unbehandelter tertiärer Haut- und Schleimhautsyphilis, von O. H. Foerster-Milwaukee. Von 20 serologisch untersuchten Fällen tertiärer Schleimhauterscheinungen gaben drei und von sieben Fällen ulzeröser Hautsyphilis (Rupia) zwei negatives Resultat. Bei allen Vorzügen, die der Wassermannschen Reaktion zukommen, kann sie also doch zuweilen — besonders bei Tertiärsyphilis — im Stich lassen und muß ihre Kontrolle durch gute klinische Beobachtung haben. Andererseits muß man sich vergewissern, daß sie mit aller Sorgfalt und Genauigkeit ausgeführt wird, woran es in manchen der sogenannten, kaufmännisch betriebenen Wassermann-Laboratorien zu fehlen scheint, wie F. sich zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Plötzliche Anschwellung der Parotis kurz nach X-Strahlenbehandlung, deren wahrscheinliche Ursache und Verhütungsmittel, von George E. Pfahler-Philadelphia. In dem von Pf. beobachteten Falle ward ein 18jähriger Mann wegen Akne etwa zwei Minuten lang (mit 1 M. A. Strom und $^1/_2$ Zoll Entfernung) bestrahlt, und etwa zwei Stunden nach jeder der beiden Sitzungen war die Ohrspeicheldrüse so angeschwollen, daß man glaubte, Mumps vor sich zu haben; die Schwellung ging im Verlaufe von 24 Stunden ohne weitere Folgen wieder zurück. P. glaubt, daß es sich um eine elektrostatische Entladung handelt, welche in der Nachbarschaft der angetriebenen, nahe den Geweben befindlichen Röntgenröhre zustande kommt. Wahrscheinlich entstehen andere Primärreaktionen, welche unmittelbar nach X-Strahlenbehandlung vorkommen, ebenfalls durch diese elektrostatische Entladung und können, wie eine weitere Beobachtung lehrt, durch das einfache Mittel, die zu bestrahlende Stelle mit einem Metall, das mit dem Erdboden verbunden ist, zu umgeben, verhütet werden; die Röhre muß aber genügend weit vom Patienten entfernt sein, weil sonst der Strom den kürzeren Weg durch dessen Körper wählen und dem Patienten einen heftigen Schlag versetzen würde.

Lichen planus mit ausgedehnter Erkrankung der Mundschleimhaut, von C. J. Broeman-Cincinnati. Gleichzeitig mit der Erkrankung der äußeren Haut, die in

Digitized by Google

Form von stecknadelkopf- bis erbsengroßen flachen Papeln von violetter Farbe und einer größeren Anzahl breiter, hypertrophischer, erhabener, zu schuppenden Herden allenthalben verschmelzender Papeln an den Streckseiten der Unter- und den Beugeflächen der Oberextremitäten aufgetreten war, hatten sich bei der 60jährigen Patientin an der Schleimhaut der Zunge (beiden Flächen), ebenso wie der gegenüberliegenden Wangen- und Lippenschleimhaut zahlreiche kleine Papeln und Plaques von grauweißer Farbe entwickelt. Dieselben verursachten zuweilen Schmerzen und Brennen im Munde, was die einzigen schwereren subjektiven Symptome des Leidens bildeten. Das ganze Leiden hatte sich im Verlaufe von drei Monaten in dieser Weise entwickelt; als ätiologische Faktoren führt B. geistige Überarbeitung und Kummer an.

Bericht über einen Fall von Rückenmarkssyphilis, der mit Salvarsan geheilt wurde, von A. G. Beyer-Milwaukee. Die 46jährige Patientin, bei welcher sieben Jahre früher der weiche Gaumen durch Ulzerationen völlig zerstört wurde, zeigte komplette Lähmung der Unterextremitäten, Pupillenungleichheit, lanzinierende Schmerzen in den Beinen und ausgesprochenen Gürtelschmerz; Patellarreflex auf der einen Seite völlig fehlend, auf der anderen bedeutend herabgesetzt, Blasenschwäche, geringe Sphinkteren-Lähmung. Eine vierwöchige Quecksilberjodkur blieb ohne Einfluß; dann wurden 0.6 Salvarsan intravenös und 18 Tage später ebensoviel intramuskulär gegeben, und es gingen allmählich alle Krankheitssymptome zurück, so daß Patientin den ganzen Sommer auf ihrer Farm arbeiten konnte, die Erscheinungen von Ataxie nicht mehr wiederkehrten und ihr Allgemeinbefinden ein vorzügliches war. Sie erhält noch Quecksilber und Jod innerlich.

Dermatologische Therapie (Schwefel), von Charles Wood McMurtry. Schwefel wird in Form von Salben, Pulver (5% oder mehr bei Hyperidrosis und chronischem Fußekzem), Lösung (Kummerfeldsches Wasser bei Komedonen), Pasten, Seifen und von Salbenstiften angewendet. Letztere dienen zur Applikation starker Schwefelkonzentrationen auf kleine scharf umschriebene Herde, wo es erwünscht ist, die Wirkung auf dieselben zu beschränken und die umgebende Haut nicht zu treffen. Schwefel ist vor allem ein exfoliierendes, keratoplastisches und keratolytisches, dann aber auch ein parasitoides Mittel, das bei Skabies und ähnlichen parasitären Hautleiden mit Vorliebe verwendet wird. Ferner kommt es bei allen Formen von Akne, Komedonen, Seborrhoea, Pityriasis, Ichthyosis, Hyperidrosis, Pigmentierungen und bei Lupus erythematosus in Anwendung; da er schließlich eines der besten Stimulantien für die Hautblutgefäße ist, kann er bei allen Zuständen von Gefäßtorpidität und zur Resorption alter Hautinfiltrate angewendet werden. Für Salben, Pasten, Lösungen ist die Dosierung meist 10%, ebenso für Pflaster; Puder und Salbenstifte enthalten gewöhnlich 30—50% Schwefel. Kontraindiziert ist dessen Anwendung vor allem bei Personen, welche zu Ekzem disponiert sind, in Fällen, wo die Hautoberfläche von Epidermis entblößt ist und bei allen akuten Hautentzündungen, da er ein Hautreizmittel (Stimulans) ist. Niemals darf er im Gesicht oder behaarten Kopf von Patienten angewandt werden, welche an chronischer Konjunktivitis oder Iritis leiden. Schwefeldermatitis kann infolge von Idiosynkrasie oder durch starke Reizwirkung (auch der Vehikel, wie Alkalien, Seifen usw.) entstehen und ist beim ersten Auftreten leicht zu heilen, bei längerem Bestand kommt es zu schwerem, nur schwierig zu beseitigendem Ekzem. Schwefelkonjunktivitis ist ziemlich häufig, zumal wenn Schwefel im Gesicht und am behaarten Kopf angewendet wird, und sollten in solchen Fällen die Patienten darauf hingewiesen werden, die Salbe oder Lösung fern von den Augen zu lassen und die Hände nach Applikation des Mittels zu waschen. Zusatz von 5% Glyzerin oder 1% Tragakanth zu Schwefelwässern, die für das Gesicht dienen, ist ratsam. Durch äußere Schwefelanwendung (in starken Dosen oder bei Idiosynkrasie)

Digitized by Google

kann es auch zu schweren allgemeinen (Intoxikations-) Erscheinungen mit Fieber, Erbrechen, Diarrhoe usw. kommen; wenn auch nur wenige Fälle dieser Art in der Literatur niedergelegt sind, so mahnen sie doch, wie Burmeister in dem von ihm beobachteten Falle bemerkt, dazu, bei Anwendung starker Schwefelsalben über ausgedehnte Hautflächen vorsichtig zu sein. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Syphilis bei den Friseuren, von Ch. Fouquet. (Bull. de la soc. franç. de proph. san. et morale, April 1913.) Verfasser weist auf die Häufigkeit der Rasierschanker hin und fordert die Gesellschaft auf, die notwendigen prophylaktischen Maßregeln zusammenzustellen und den Friseuren zukommen zu lassen.

In der Diskussion werden verschiedene Ansichten darüber geäußert, ob die Instrumente oder die Hände des Barbiers gefährlicher seien.

Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Für Abteilung 28 (Dermatologie und Syphilidologie) der **85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien,** 21.—28. September 1913 sind folgende Vorträge angemeldet: Noguchi-New York, Sowade-Halle, Über die Kultur der Spirochaete pallida; Stern-Düsseldorf, Verwendung kleinster Extraktmengen bei der Wassermannschen Reaktion; R. Müller und O. Stein-Wien, Kutireaktion bei Lues; Nobl-Wien, Kutanreaktion bei Syphilis; Volk und Pappenheim, Die vier Reaktionen bei behandelten Paralytikern; Bruck-Breslau und Brandweiner-Wien, Vakzinebehandlung der Gonorrhöe (Referat); Kyrle und Mucha-Wien, Intravenöse Arthigoninjektionen; Delbanco-Hamburg, Klinische und anatomische Beiträge; Kyrle-Wien, Entstehung des Pigmentnävi; Lipschütz, Jetziger Stand der Ätiologie des Molluscum contagiosum; Oppenheim-Wien, Zur Ätiologie der atrophisierenden Dermatitiden; v. Planner-Graz, Zur Behandlung der Syphilis mit Richters Kontraluesin; Saudek-Brünn, Grundlagen und Varianten einer internen Jodtherapie; Stern-Düsseldorf, Über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen; Winkler-Wien, Herkunft der Nävuszellen; Delbanco und Graetz-Hamburg, Untersuchungen über Kaninchenlues; Morawetz-Wien, Erfahrungen über die Behandlung der Lues maligna; Arzt-Wien, Hautgeschwülste; Ehrmann-Wien, Radium- und Röntgenbehandlung des Hautkrebses; Freund-Wien, Resultate der Karzinombehandlung mittels Radium und Mesothorium an Prof. Fingers Klinik. — Außerdem in gemeinsamen Sitzungen mit anderen Abteilungen: Nonne-Hamburg und Noguchi-New York, Paralyse und Syphilis; Citron-Berlin und Müller-Wien, Wassermann-Reaktion; Bruck-Breslau, Kutireaktion bei Syphilis; Riehl-Wien, Wertheim-Wien, v. Eiselsberg-Wien, Karzinom und Radium.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. August 1913 | Nr. 33 | Band 57

Untersuchungen über die Histologie der Urticaria factitia (Dermographismus) und der Urticaria chronica, sowie über die Mastzellen bei beiden Affektionen.

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. R. Frühwald, Leipzig.)

(Mit 1 Abbildung im Text und 1 Tafel.)

Histologische Untersuchungen über Urticaria factitia oder Dermographismus sind zuerst von Unna angestellt worden, der ein mäßiges Ödem der Kutis und des Papillarkörpers sowie Dilatation der Gefäße und der Lymphspalten fand; die Lymphgefäße waren zu großen Kanälen ausgedehnt. Es bestand eine Hyperplasie der Bindegewebszellen der Gefäße und Kapillarwandungen, die in mehreren proliferierten Reihen angeordnet waren; ferner Hypertrophie des Protoplasmas und der Kerne der perithelialen Zellen, sowie Verdickung der interzellulären Substanz. Die Hyperplasie der perithelialen Zellen erstreckte sich seitwärts in einigen Reihen in die Kutis, so daß die Adventitia der kleinen Gefäße, die normalerweise kapillären Typus hat, hier 2—3 Zellreihen breit war. In der Epidermis bestand mäßiges Ödem der Zwischenzellenspalten, die erweitert waren, ebenso waren die Kernhöhlen in verschiedenem Grade entsprechend der Hyperämie durch Ödem erweitert. Es bestand auch Ödem der Papillen, und in den basalen Schichten der Epidermis fanden sich Mitosen. Unna hat auch ein Stück normaler Haut von demselben Falle untersucht, und er fand eine Hyperplasie der perithelialen Zellen der Gefäßwandungen, die aber weniger ausgesprochen war, wie in den befallenen Partien. Ferner fand er die Zahl der Mastzellen gegen die Norm vermehrt. Unna hatte gedacht, wenn diese in der normalen Haut bestehende Hyperplasie der Gefäßwände die Ursache der Urticaria factitia wäre, so müßten die einmal befallenen Partien, die die besagte Hyperplasie zeigen, durch eine zweite Irritation eine heftigere Reaktion hervorbringen, während diese aber in den befallenen und nicht befallenen Teilen gleich ist oder sogar nach mehreren Autoren in mehrfach befallenen Partien geringer wird. Deshalb glaubt Unna, daß diese Hyperplasie der Hautgefäßwandungen bei Urticaria factitia durch kleine, frühere

Digitized by Google

Irritationen, die unbemerkt geblieben waren, hervorgerufen wird. Nach seiner Ansicht ist der Dermographismus ausschließlich bedingt durch eine Alteration der Gefäßnerven, die bisher noch nicht nachgewiesen werden konnte; die mechanischen Einwirkungen bilden bloß das auslösende Moment für die geschädigten Gefäßnerven. Unna hat bei Dermographismus in den Gefäßwänden Mastzellen in regelmäßigen Abständen nachgewiesen; sie sind größtenteils klein und rund. Aber er läßt es dahingestellt, ob diese Mastzellen durch Emigration oder aus den fixen Zellen der Haut entstehen.

Bekanntlich nehmen Ehrlich, Unna, Westphal, Bäumer, Pappenheim, Schwenter-Trachsler und andere an, daß die Mastzellen in der Haut fixe Bindegewebszellen sind, während sie nach Ranvier Leukozyten sind, Klasmatozyten, die später fix werden. Sie sind mit Nährmaterial für die anderen Zellen beladen, das sie aber infolge einer Irritation wieder verlieren können, so daß sie wieder Leukozyten werden. Sie machen die Klasmatose durch, das heißt die Auslaugung und Fragmentation ihres granulierten Protoplasmas. Nach Audry können alle Zellen der Haut und auch Leukozyten Mastzellen werden, und deshalb nennt er sie isotonische Zellen. Pappenheim und Hoggan nehmen an, daß es zwei Sorten von Mastzellen gibt: histiogene durch Umwandlung der Bindegewebszellen und hämatogene. Die histiogenen Mastzellen haben kleine und zahlreiche Körner, ihr Protoplasma ist größer, und sie haben verschiedene Fortsätze und sehen wie Bindegewebszellen aus. Die hämatogenen Mastzellen dagegen haben große Körner, sie sind rund und haben kleines Protoplasma.

Krzystalowicz meint, daß die Mastzellen alterierte Bindegewebszellen der Haut sind, die von den perithelialen und Bindegewebszellen abstammen und alle verschiedenen und unregelmäßigen, langen und runden Formen der Kerne und des Protoplasmas der Bindegewebszellen haben. Bei Urticaria perstans fand er, daß die Mastzellen um die Gefäße dicht nebeneinander liegen und aussehen, als ob sie in Teilung begriffen wären; auch die hintereinander gelegenen Mastzellen machen diesen Eindruck. Ferner fand er Mastzellen mit zwei Kernen. Nach Krzystalowicz ist es nicht sicher, daß die Mastzellen die Fähigkeit haben, sich zu teilen; doch kann man annehmen, daß ihre Granulationen sich zu gewissen Momenten im Teilungsstadium befinden können. Er fand in der Haut freie Granulationen von Mastzellen ohne Kerne und kleine, granulierte Haufen und Schollen, die seiner Meinung nach von durchschnittenen Ausläufern der Zellen herrühren.

Bekanntlich findet man die Mastzellen in kleiner Anzahl in normaler Haut, besonders um die Follikel, in größerer Menge bei verschiedenen

Digitized by Google

entzündlichen Prozessen, besonders bei solchen mit seröser Transsudation, bei Syphilis, bei Lepra, bei anderen Infektionskrankheiten, hauptsächlich aber, wie Unna gezeigt hat, bei Urticaria pigmentosa in Form von großen Knoten. Unna hat Mastzellen mit einem peripheren Hofe ohne Granulation gefunden, der von der Auflösung der Körner herrührt, wodurch eine rotgefärbte Zone entsteht. Ferner hat er bei Neurofibromen eine Durchtränkung des Kutisgewebes mit Mastzellengranulationen gefunden, das sich mit polychromem Methylenblau rot färbt; eine ähnliche Imbibition fand er an der Peripherie des Epithels über Karzinomen. Schwenter-Trachsler hat eine ähnliche Durchtränkung in der Haut des Menschen, in der Nasenschleimhaut des Rindes, des Hundes und des Kaninchens gefunden, und er hat durch seine Färbemethoden gezeigt, daß eine Identität zwischen Muzin und den Granulationen der Mastzellen gar nicht in Frage kommt. Nach Ehrlich, Krzystalowicz und anderen finden sich die Mastzellen dort, wo eine stärkere Ernährung der Haut stattfindet und bei chronischen Entzündungen. Nach Ehrlich bilden die Mastzellen im Blute $^1/_2\,\%$ aller Leukozyten; sie stammen vom Knochenmarke und sind bei myelogener Leukämie außerordentlich vermehrt. Ehrmann meint, daß man bis jetzt noch nichts Bestimmtes über die Herkunft und die physiologische Rolle der Mastzellen sagen kann. Nicolle konnte durch seine histologischen Untersuchungen die Befunde von Unna nicht bestätigen. Er fand ein urtikarielles Ödem der oberen Kutisschichten im Niveau des subpapillären Gefäßnetzes, während die tieferen Kutisschichten und die Epidermis nicht alteriert waren. In den Papillen fand er Ödem um die Kapillaren und im Bindegewebe, die Lymphgefäßspalten in der Höhe des subpapillaren Gefäßnetzes stärker erweitert und die Ödemflüssigkeit reicher an albuminoiden Substanzen. Die Gefäße waren normal und zeigten nirgends Diapedese. Nach Bruck zeigt die Urticaria factitia und alle übrigen Varietäten der Urtikaria nicht den Charakter einer wirklichen Entzündung, weil ihr das charakteristische Merkmal, die Zellauswanderung, fehlt.

Es erschien mir nun interessant, einen Fall von Dermographismus histologisch zu untersuchen und die Mastzellen näher zu studieren. Das Präparat stammt von einer 30jährigen Frau, die seit sechs Monaten an schubweise auftretender Urticaria chronica leidet. Als sie zu mir kam, hatte sie keinen Nachschub; ich rief bei ihr den Dermographismus hervor, indem ich auf dem Arme Striche zog. Nach 4—5 Minuten entstanden rote, kongestionierte, erhabene, ödematöse Linien, die stellenweise stärker ödematös und erhaben waren. Kaum hatte sich eine urtikarielle Erhebung gebildet, nahm ich die Exzisionen vor, ohne das Maximum des Dermographismus abzuwarten, in der Hoffnung auf diese

Digitized by Google

Weise die Entstehung der Mastzellen besser studieren zu können. Ich exzidierte ein Stück, das stärker erhaben und ödematös war. Es wurde in Alkohol fixiert und in Zelloidin gehärtet. Die Färbung auf Mastzellen geschah nach der Unnaschen Methode mit polychromem Methylenblau und Glyzerinäthermischung, sowie nach anderen Methoden.

Unna hält es für wichtig, beim Dermographismus auch die normale Haut zu untersuchen, da er in ihr spezielle Veränderungen gefunden hat; deshalb habe ich gleichzeitig ein anscheinend normales Stück von der Haut des Armes exzidiert. Da von verschiedenen Autoren gewisse nahe Beziehungen zwischen der Urticaria chronica und dem Dermographismus konstatiert worden sind, hielt ich es für interessant, eine Effloreszenz von Urticaria chronica sowie normale Haut von einem Urtikariakranken zu untersuchen und die Veränderungen mit denen des Dermographismus zu vergleichen. Deswegen habe ich bei einem Manne mit einer sehr heftigen, seit einem Jahr bestehenden Urticaria chronica eine sehr große Quaddel, die ausnahmsweise länger als zwölf Stunden bestand, sowie ein Stück anscheinend normaler Haut exzidiert. Bei diesem Falle konnte zu meinem Erstaunen trotz wiederholter heftiger Reize der Dermographismus nicht hervorgerufen werden; das beweist, daß nicht in jedem Falle von Urticaria chronica Dermographismus besteht.

Histologische Untersuchung der Urticaria factitia.

In den Schnitten finden sich die von Unna beschriebenen Veränderungen: Ödem der Kutis und des Papillarkörpers, starke Erweiterung der Lymphgefäße und -spalten. Auch die Blutgefäße und die Kapillaren der Kutis sind stellenweise dilatiert; die Gefäßwände sind hyperplastisch, die Kerne und das Protoplasma der Endothelialzellen sind hypertrophisch und die Perithelialzellen der Gefäße und Kapillaren sind ebenfalls hypertrophisch und hyperplastisch. Sie bilden einige parallele Reihen, sind in einigen Gefäßwänden stärker proliferiert; die Interzellulärsubstanz der Wandung einiger Gefäße ist verdickt und intensiv gefärbt. Außer den von Unna beschriebenen Veränderungen fand ich aber auch im Lumen einiger dilatierter Gefäße in Auswanderung begriffene Lymphozyten und einige Polynukleäre. Die ausgewanderten Leukozyten finden sich um die Gefäße teils disseminiert, teils in Gruppen angehäuft oder auch mit proliferierten Perithel-

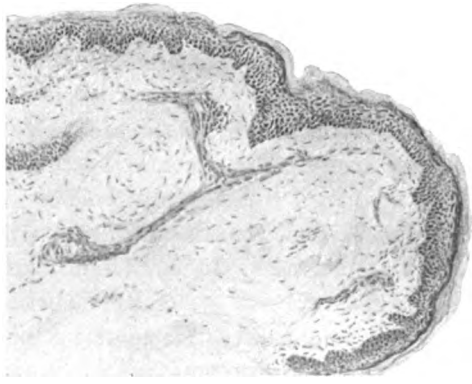


Fig. I

Digitized by Google

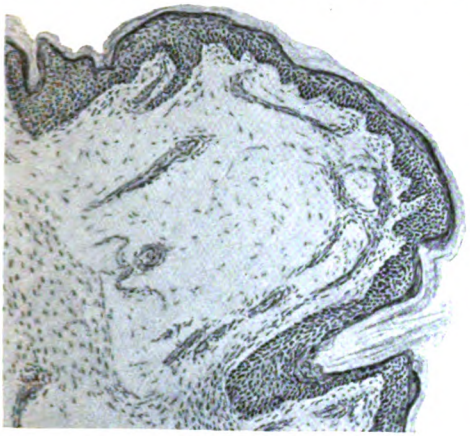


Fig. II

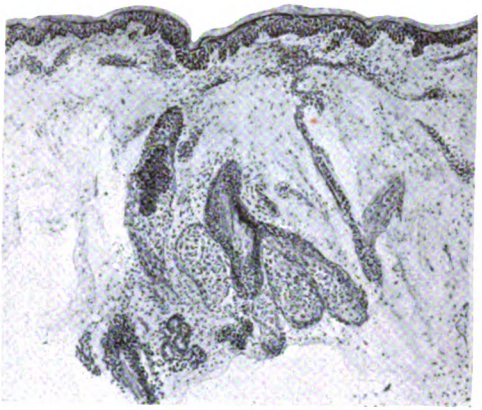


Fig. III

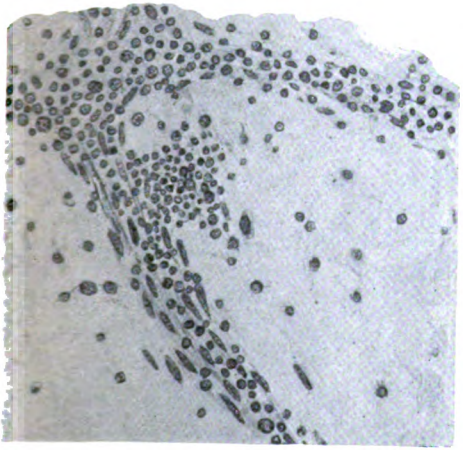


Fig. IV

Fig. V

Fig. VI

Fig. VII

Digitized by Google

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Digitized by Google

zellen vermengt. Ferner sieht man Bindegewebszellen der Kutis und des Papillarkörpers, deren Kern hypertrophisch und deren Protoplasma spongiös ist und doppelte oder multiple Fortsätze bildet. Die Bindegewebszellen befinden sich in beträchtlicher Proliferation und man sieht zahlreiche Spindelzellen. Von den Mastzellen sieht man in und um die Wände einiger Gefäße freie Körner ohne durch polychromes Methylenblau rot gefärbte Kerne. Diese Körnchen sind in Form von mehr oder weniger großen, geradlinigen oder unregelmäßigen Zügen oder in Haufen und Schollen angeordnet, die rot gefärbt und von sehr verschiedener Größe und Form sind. In diesen Schollen und Haufen sieht man ebenfalls keine Kerne. Man sieht auch, wie diese roten Körner stellenweise das spongiöse Protoplasma von Endothelial-, Perithelial- oder Bindegewebszellen bedecken; diese Zellen sind zum Teil in Mastzellen umgewandelt und teilweise rot, teilweise blau gefärbt. Man sieht aber auch, wie das spongiöse Protoplasma mehrerer Endothelial-, Perithelial- oder Bindegewebszellen vollständig in Mastzellen umgewandelt und mit roten Körnern bedeckt ist. Mehrere Kerne der Perithelial- und Bindegewebszellen sind ebenfalls zum Teil oder gänzlich mit roten Körnchen bedeckt, während die größte Zahl der Kerne der Mastzellen blau gefärbt ist. Man sieht aber auch Mastzellen mit zwei Kernen. Mehrere dieser in Mastzellen umgewandelten Perithelialzellen sieht man um die Gefäßwände in Form von rotgefärbten Zellreihen angeordnet, doch findet man auch Gefäße, an denen sich keine Mastzellen befinden. Hauptsächlich findet man sie um die Follikel, in den Wänden der perifollikulären Gefäße und im perifollikulären Bindegewebe, sowie um die Schweißdrüsen. Im Kutisgewebe sieht man ebenfalls isolierte und disseminierte Mastzellen oder freie Körnchen in Zügen und Haufen ohne Kerne. In den Schnitten findet man auch um die Gefäße oder im Gewebe eine große Zahl runder Mastzellen, die Bindegewebskerne, kleine oder große, runde oder unregelmäßige, haben, die von einer mehr oder weniger breiten, runden oder etwas unregelmäßigen Zone roter Körnchen umgeben sind. Außer diesen Mastzellen sieht man auch um die Gefäße und im Bindegewebe hier und dort kleine, runde, lymphozytäre Kerne, die vollständig charakteristisch sind und eine schmale oder etwas breitere, teilweise oder gänzlich mit roten Granulationen bedeckte Protoplasmazone haben. Auch diese sind im Begriffe, sich in Mastzellen umzuwandeln; aber die überwiegende Mehrzahl der Mastzellen hat die variable Form der Bindegewebszellen des Perithels oder des Gewebes. Um die Schweißdrüsen sieht man Teile des Kutisgewebes sowie auch der Drüsen selbst und der Follikelzellen mit Mastzellengranulationen imbibiert und rot gefärbt. Die Muskelfasern der Haut sind ödematös und hypertrophisch. In der Epidermis besteht mäßiges, stellenweise stärkeres Ödem; die interzellulären Lymphspalten sind dilatiert, die Kernhöhlen ebenso, die Kerne sind von einem mehr oder weniger breiten Hohlraum umgeben. In den Epithelzellen der Follikel sieht man auch etwas intra- und interzelluläres Ödem. Das Protoplasma und die Kerne der Stachelzellen sind vergrößert, in den Basalzellen sieht man Mitosen und einige amitotische Zellteilungen, die Körnerschicht ist hypertrophisch und ödematös, ebenso die Hornschicht, deren Lamellen durch leere, ödematöse Spalten voneinander getrennt sind.

Digitized by Google

Normale Haut des Patienten mit Dermographismus.

In einem Stück normaler Haut fand ich dieselben Veränderungen wie beim Dermographismus. So wie UNNA gefunden hat, sieht man an allen Gefäß- und Kapillarwänden die perithelialen Zellen hypertrophisch und hyperplastisch, in mehreren Reihen angeordnet, besonders ist dies an den perifollikulären und periglandulären Gefäßen der Fall. Um einige Gefäße sieht man ausgewanderte Leukozyten, disseminiert oder in Gruppen angeordnet. Die Lymphgefäße und -spalten sind dilatiert, die Kutis ist etwas ödematös und auch die Blutgefäße sind wenig dilatiert, zum Teil mit Blut strotzend gefüllt oder mit fibrinösen Koagulationen. In der Kutis und im Papillarkörper, hauptsächlich um die Drüsen und die Follikel, sind die Bindegewebszellen proliferiert. Die Mastzellen sind in viel größerer Menge vorhanden als beim Dermographismus; sie liegen hauptsächlich in den Wänden der perifollikulären und periglandulären Gefäße und Kapillaren, ferner auch im Gewebe der Kutis und des Papillarkörpers. Ebenso sieht man auch in und um die Gefäße sowie im Gewebe zahlreiche Züge und Haufen von freien Mastzellengranulationen ohne Kerne. Auch hier sieht man, daß der größte Teil der Mastzellen durch Transformation aus den Endothelial-, Perithelial- und Bindegewebszellen und nur ein sehr kleiner Teil aus den Lymphozyten entsteht. In der Epidermis besteht leichtes intra- und interzelluläres Ödem der Stachelschicht, Mitosen in den Basalzellen, Verdickung der Körnerschicht und Hyperkeratose der Hornschicht. Diese Differenzen in der normalen und in der von Dermographismus befallenen Haut einer Frau mit Urticaria chronica bestehen also nur darin, daß das Ödem der Kutis und der Epidermis in der normalen Haut geringer ist, während die Mastzellen in ihr in größerer Zahl vorhanden sind. Diese Veränderungen in der normalen Haut stammen nach UNNAS Ansicht von früheren, oft unbemerkt gebliebenen mechanischen Einflüssen.

Histologie der Urticaria chronica.

Das exzidierte Stück entstammt einem Falle sehr heftiger Urtikaria und betrifft eine sehr große, geschwollene, intensiv rote Quaddel, die nicht wie gewöhnlich nach ein oder zwei Stunden verschwand, sondern bereits seit über 12 Stunden bestand. Mikroskopisch sieht man in der Kutis ein außerordentlich heftiges Ödem, mehrere Lymphgefäße sind enorm erweitert, wie variköse Venen; mehrere von ihnen enthalten koagulierte Lymphe in Form von körnigen Niederschlägen. Die Lymphspalten sind ebenfalls außerordentlich erweitert, die Bindegewebsbündel durch das Ödem stark verdickt. Die Endothelzellen sind geschwollen, die Perithelialzellen hyperplastisch, aber nicht so stark wie an den Gefäßwänden beim Dermographismus; nur an den Kapillarwänden ist die Hyperplasie der Perithelialzellen etwas stärker. Sie tritt aber in den Hintergrund gegenüber der enormen Emigration von Lymphozyten und Polynukleären. Man sieht die Lymphozyten in viel größerer Anzahl wie beim Dermographismus in Auswanderung aus den Gefäßen begriffen, in großen Herden um diese angeordnet oder auch verstreut im intervaskulären Gewebe. Ferner sieht man mehrere Gefäße und Kapillaren strotzend

Digitized by Google

mit Thromben von polynukleären Leukozyten gefüllt; man findet diese auch ausgewandert im Gewebe, verstreut oder in kleinen Gruppen. Die Bindegewebszellen sind hypertrophisch und proliferiert, aber im Verhältnis weniger als beim Dermographismus; diese Proliferation ist im Papillarkörper und in den oberen Kutisschichten stärker als in den unteren. Mehrere Gefäße sind mit Blut gefüllt, die glatten Muskeln der Haut sind wie beim Dermographismus stark hypertrophisch und ödematös. Die Mastzellen sind im Verhältnis zum Dermographismus in geringer Zahl vorhanden; man sieht um die Gefäßwände kleine Schollen und Haufen freier Mastzellenkörnchen ohne Kern und einige Kerne von Bindegewebs- oder Perithelialzellen sowie von Lymphozyten mit diesen roten Körnchen bedeckt. Ferner findet man Endothelial-, Perithelial- und Bindegewebszellen um die Gefäße, deren spongiöses Protoplasma zum Teil oder gänzlich mit roten Körnchen bedeckt ist und die teilweise oder völlig in Mastzellen umgewandelt sind. Ebenso sieht man typische Lymphozyten mit dünnem Protoplasma, die mit roten Körnchen bedeckt und in Mastzellen umgewandelt sind. In der Epidermis ist das intra- und interzelluläre Ödem stark ausgesprochen, viel stärker als beim Dermographismus; die Stachelzellen sind stark hypertrophisch und ödematös, stellenweise schlecht färbbar, ihre Kerne vergrößert und die Kernhöhlen durch Ödem dilatiert. Die Stachelschicht ist hyperplastisch und besteht aus einer größeren Anzahl von Zellreihen, die Körnerschicht ist größer, die Hornschicht ist verdickt und hyperkeratotisch. In den Basalzellen sieht man amitotische Zellteilungen und zahlreiche Mitosen.

Normale Haut von dem Kranken mit Urticaria chronica ohne Dermographismus.

Unter dem Mikroskope sieht man vollständig dieselben Veränderungen wie bei der anscheinend normalen Haut des Falles von Dermographismus. Das heißt, man sieht Hyperplasie der Perithelialzellen aller Gefäße in der Kutis und um die Follikel. Man sieht zahlreiche Mastzellen in den Wandungen der Gefäße und Kapillaren, besonders aber um die Follikel. Die Bindegewebszellen sind in den oberen Kutisschichten und im Papillarkörper proliferiert, während in den unteren Schichten die Proliferation weniger ausgesprochen ist. Es besteht geringes Kutisödem, die glatten Muskeln sind hypertrophisch. Die Epidermis ist in geringem Grade ödematös, die Zwischenzellenspalten und die Kernhöhlen sind wenig dilatiert, Protoplasma und Kerne der Stachelzellen leicht hypertrophisch, die Basalzellen zeigen amitotische Teilungen und Mitosen, die Körnerschicht ist verdickt, die Hornschicht hyperkeratotisch.

Zusammenfassung.

Beim Dermographismus fand ich also Ödem der Kutis, Hyperplasie der perithelialen Zellen, Proliferation der Bindegewebszellen und die Gegenwart von zahlreichen, länglichen und runden Mastzellen in den Gefäßwandungen, in geringer Anzahl in der Kutis, wie dies alles von Unna

Digitized by Google

beschrieben ist. Außer diesen Veränderungen fand ich aber auch eine mäßige Auswanderung von Lymphozyten, die sich um die Gefäße anhäufen, sowie Hypertrophie und Ödem der glatten Muskulatur. Nach Färbung der Schnitte mit polychromem Methylenblau-Glyzerinäthermischung sieht man in den Gefäßwandungen Züge und Haufen von freien Mastzellengranulationen und ebenso sieht man, daß mehrere Bindegewebskerne und das spongiöse Protoplasma von Perithelialzellen und Bindegewebszellen mit roten Körnchen bedeckt sind; auch das Protoplasma und die Kerne einer geringen Anzahl von Bindegewebszellen, die in Umwandlung in Mastzellen begriffen sind, ist von diesen Körnchen bedeckt. Die größte Zahl der Mastzellen stammt also von den Perithelial- und Bindegewebszellen und nur eine kleine von den Lymphozyten. In der Epidermis fand ich wie Unna inter- und intrazelluläres Ödem, das stellenweise stärker ausgeprägt ist, Hyperplasie der Stachelzellen und in den Basalzellen mitotische und amitotische Zellteilungen. Die Urticaria factitia bietet also die Charaktere einer wirklichen Entzündung.

In der normalen Haut der Frau mit Dermographismus fand ich gleich Unna vollständig dieselben Veränderungen wie beim Dermographismus, mit dem Unterschiede, daß das Ödem der Kutis und Epidermis geringer ist, die Zahl der Mastzellen dagegen viel größer.

In der großen Urtikariaquaddel fand ich viel intensivere Entzündungserscheinungen wie beim Dermographismus; die Veränderungen sind fast identisch mit denen, die Vidal und Leloir in ihrem Atlas beschrieben haben. Ich fand ein starkes Ödem der Kutis, enorme fast variköse Erweiterung der Lymphgefäße, die koagulierte Lymphe enthielten, sowie auch Erweiterung der Lymphspalten, enorme ödematöse Schwellung der Bindegewebsbündel und Erweiterung der Blutgefäße und Kapillaren, aber in geringerem Maße als bei den Lymphgefäßen. Ferner außerordentlich starke Auswanderung der Lymphozyten, die bedeutender ist als beim Dermographismus; sie sind in großen Herden um die Gefäße, in deren Lumen und im Gewebe angeordnet. Auch eine starke Anhäufung von polynukleären Leukozyten sieht man, die Thromben bilden oder in das Gewebe auswandern, wo sie dann in Gruppen verstreut sind. Die Bindegewebszellen des Papillarkörpers und der Kutis sind proliferiert, die Perithelialzellen der Hautgefäße hyperplastisch, doch in geringerem Maße als beim Dermographismus; dagegen sind die Perithelialzellen der Kapillaren etwas stärker hyperplastisch. Die Mastzellen sind weniger zahlreich; die glatten Hautmuskeln sind hypertrophisch und ödematös. In der Epidermis ist das inter- und intrazelluläre Ödem der Stachelzellen viel intensiver wie beim Dermographismus, Kerne und Protoplasma viel größer. Die Stachel-

Digitized by Google

zellen sind hyperplastisch, die Basalzellen in mitotischer und amitotischer Zellteilung begriffen.

In der normalen Haut des Kranken mit Urticaria chronica fand ich dieselben Veränderungen wie in der normalen Haut des Falles von Dermographismus bei Urticaria chronica. Es zeigt also die anscheinend normale Haut von Leuten mit Urticaria chronica, ob sie nun Dermographismus haben oder nicht, dieselben persistierenden, entzündlichen Veränderungen; diese sind den beim Dermographismus gefundenen analog mit dem Unterschiede, daß das Ödem der Kutis und Epidermis beim Dermographismus stärker ausgesprochen ist.

Nachtrag.

Nach Vollendung dieser Arbeit hatte ich Gelegenheit, ein junges, hysterisches Mädchen zu beobachten, das seit fünf Jahren an außerordentlich heftigem Dermographismus litt, ohne daß sie Urtikaria oder Jucken hatte. Sie war sehr unglücklich, da der geringste Druck oder Schlag auf ihren Körper den Dermographismus hervorrief, so daß sie fast ununterbrochen von roten Hautpartien bedeckt war; sie konnte kein Bad nehmen oder sich mit Seife waschen. In der Tat, nachdem ich nur ganz leicht mit einem Bleistifte einen Strich gezogen hatte, entwickelte sich sofort eine weiße, anämische Linie, die bald rot und kongestioniert, von zwei weißen Streifen eingefaßt wurde; nach drei bis vier Minuten bildete sich aus ihr ein großer, roter, halbzentimeter dicker, ödematöser Strang. Da es sich in meinem ersten Falle von Dermographismus um eine Patientin mit Urtikaria handelte, erschien es mir interessant, auch diesen zweiten Fall ohne Urtikaria zu untersuchen, um zu sehen, ob der Dermographismus bei beiden Personen divergierende Veränderungen zeigt. Auch in diesem Falle habe ich ein ödematöses, erhabenes Stück und anscheinend normale Haut exzidiert. Die histologischen Veränderungen des ödematösen Stückes sind dieselben wie beim ersten Falle mit dem Unterschiede, daß hier das Kutisödem viel stärker ist. Alle Lymphspalten sind zu breiten Kanälen dilatiert, die kollagenen Fasern ödematös geschwollen, alle Blutgefäße stärker, teils varikös, dilatiert, mehrere mit polynukleären Leukozyten vollgepfropft, was im ersten Falle nicht zu sehen war; es bestehen also viel stärkere Entzündungserscheinungen wie beim ersten Falle. Man sieht auch ausgewanderte Leukozyten um die Gefäße, besonders die perifollikulären, angehäuft, die Wandungen der Gefäße und Kapillaren hyperplastisch, die Perithelialzellen hypertrophisch und proliferiert, in mehr oder weniger zahlreichen, parallelen Reihen angeordnet. Die Bindegewebszellen der Kutis, besonders in den oberen Teilen, sind proliferiert, ihr spongiöses Protoplasma ist hypertrophisch und zeigt zwei oder mehrere Fortsätze. Die glatten Muskeln und die Arrektoren sind ebenfalls hypertrophisch. Man sieht runde oder längliche Mastzellen in großer Zahl im Gewebe, besonders um die Gefäße, zumal um die perifollikulären und -glandulären, angeordnet. Ferner sieht man um die Gefäße und im Gewebe unregelmäßige Züge und Streifen oder auch Schollen von freien, roten Mastzellengranulationen; dieselben sieht man auch auf dem Protoplasma und den Kernen der endothelialen, perithelialen und Bindegewebszellen. Sie bedecken das Protoplasma der Bindegewebszellen teilweise, so daß sie teils blau, teils rot gefärbt sind und sich in Mastzellen umzuwandeln scheinen, oder sie bedecken dasselbe gänzlich. Man sieht auch kleine, völlig charakteristische Lymphozytenkerne, die von einem mehr oder weniger breiten Saume roter Körnchen umgeben sind und sich in Mastzellen umwandeln; aber die größte Zahl der Mastzellen stammt von perithe-

Digitized by Google

lialen und Bindegewebszellen und nur eine unbedeutende Anzahl von Lymphozyten. Im Innern eines Gefäßes sieht man kleine Haufen von Mastzellengranulationen und ein oder zwei Lymphozytenkerne, die von einem schmalen Kreise dieser rotgefärbten Körnchen umgeben sind. In der Epidermis findet man intra- und interzelluläres Ödem, das an manchen Stellen stärker ist, Hyperplasie und Hypertrophie der Stachelschicht, sowie mitotische und amitotische Zellteilungen in der Basalschicht.

In dem Stück anscheinend normaler Haut fand ich dieselben Veränderungen wie in der normalen Haut des ersten Falles. Geringes Ödem der Kutis, keine Dilatation der Gefäße, keine Anschoppung oder offensichtliche Auswanderung von polynukleären Leukozyten, nur geringe Anhäufung von Lymphozyten um einige Gefäße; in allen Gefäß- und Kapillarwandungen besteht Hyperplasie der perithelialen Zellen, die in parallelen Reihen angeordnet sind. Um die Gefäße und im Gewebe verstreut finden sich zahlreiche Mastzellen; die Muskulatur ist hypertrophisch, die Bindegewebszellen proliferiert. In der Epidermis besteht geringes inter- und intrazelluläres Ödem der Stachelschicht, die Körner- und Hornschicht ist intakt. Es ergibt sich also, daß die histologischen Veränderungen des Dermographismus bei der Frau mit Urtikaria analog sind denen bei der Frau ohne Urtikaria, mit dem Unterschiede daß bei letzterem Falle der Dermographismus viel intensiver war und infolgedessen stärkere entzündliche Erscheinungen bestanden: das Kutisödem war viel stärker ausgesprochen, und in den Gefäßen häuften sich die polynukleären Leukozyten an.

Erklärung der Abbildungen.

Figur I. Urticaria factitia (erster Fall). Es bestehen entzündliche Veränderungen: Ödem der Kutis, Hyperplasie der perithelialen Zellen, der Gefäß- und Kapillarwandungen, mäßige Auswanderung von Lymphozyten, Hyperplasie und Hypertrophie der Bindegewebszellen, Hypertrophie der glatten Muskulatur. In der Epidermis geringes, inter- und intrazelluläres Ödem und mäßige Hyperplasie der Stachelzellen.

Figur II. Normale Haut von demselben Falle. Man sieht dieselben Veränderungen, nur ist das Kutisödem geringer.

Figur III. Urticaria chronica. Die entzündlichen Erscheinungen sind viel intensiver, es besteht viel stärkeres Ödem der Kutis, starke Dilatation der Blutgefäße, der Lymphgefäße und -spalten, reichliche Auswanderung von Lymphozyten und polynukleären Leukozyten. Die Perithelialzellen der Gefäße sind hyperplastisch, ebenso die Bindegewebszellen des Papillarkörpers, in geringerem Maße der Kutis.

Figur IV. Derselbe Fall. Man sieht die Gefäße stark dilatiert, angefüllt mit Lymphozyten und polynukleären Leukozyten, die in Auswanderung begriffen, sind und starkes Kutisödem. In der Epidermis stärkeres inter- und intrazelluläres Ödem wie bei der Urticaria factitia.

Figur V. Normale Haut von diesem Falle. Man sieht dieselben Veränderungen wie in Fig. II. Hyperplasie der perithelialen Zellen aller Gefäße und Kapillaren, Proliferation der Bindegewebszellen, Hypertrophie der glatten Muskeln; in der Epidermis leichtes inter- und intrazelluläres Ödem und Hyperplasie der Stachelzellen.

Figur VI und VII. Mastzellen bei Urticaria factitia. Färbung mit polychromem Methylenblau-Glyzerinäthermischung. In Figur VI sieht man die roten Körnchen auf den oder um die Kerne von Bindegewebszellen, die längliche oder runde Form haben und Mastzellen bilden. In Figur VII sieht man die roten Körnchen in Form von freien Zügen; ferner sieht man einen kleinen Lymphozytenkern, der von einem feinen Saume dieser Hörnchen umgeben ist und sich in eine Mastzelle umwandelt, sowie ein oder zwei Kerne, die von einer breiten solchen Zone umgeben und schon zu einer Mastzelle geworden sind. Die überwiegende Mehrzahl der Mastzellen ist aus Bindegewebszellen entstanden, nur eine geringe Anzahl aus Lymphozyten.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Juli 1913.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

Der Vorsitzende E. Lesser widmet den verstorbenen Ehrenmitgliedern der Gesellschaft, Hutchinson und Duhring, einen ehrenvollen Nachruf.

1. a) Heller stellt einen 19jährigen jungen Mann vor mit einer typischen **Pseudopelade Brocq.** Die Krankheit begann vor fünf Jahren mit einem kahlen Flecke auf dem Scheitel; die zahlreich vorhandenen Herde sind teils isoliert, teils konfluierend; um die kahlen Stellen herum finden sich normal entwickelte Haare, nirgends ist es zur Bildung so großer kahler Stellen gekommen wie bei der Alopecia areata; einzelne Haare zeigen nach dem Bulbus hin eine merkwürdige Verdickung. Keine abgebrochene Haare, keine Pilze, keine Borken und Schuppen. Die Haut ist hellweiß, narbig. Follikelöffnungen nicht sichtbar.

b) Zirka 40jähriger Patient mit zahlreichen, rundlichen, kleinen narbigen, kahlen Stellen auf der Kopfhaut. Ser.-Reakt. negativ. Follikulitiden waren angeblich nie vorhanden. Man könnte auch in diesem Falle an **Pseudopelade** denken.

2. Adler. 51jährige Frau trat mit einer schmerzlosen, halbseitigen Schwellung des Gesichts Dezember 1912 in die Behandlung. Allen Heilversuchen zum Trotz blieb die Schwellung bestehen. Am rechten Beine zeigt Patientin ein Erythem mit ausgedehnter Hautatrophie, zeitweise diffuse Schwellung; am linken Beine ist die Haut total atrophisch, ganz weiß; Ulzerationen am rechten Beine, Zehen stark deformiert. Auf Grund der Veränderungen der Gesichtshaut und der Beine ist die Diagnose auf **Akrodermatitis atrophicans** zu stellen, die man in allen Stadien der Entwicklung verfolgen kann. In diesem Falle dürfte die eigentliche Ursache des Leidens lymphatischer Natur sein, indem sich durch den behinderten Lymphabfluß sekundär die Ernährungsstörungen der Haut entwickelten.

3. Blaschko. Frau, die an Frost gelitten, hat jetzt eine eigentümliche Affektion an der Vola und dem Dorsum der Hand, nämlich erythematöse Herde mit atrophischem Zentrum und merkwürdiger Gefäßverästlung. Wahrscheinlich handelt es sich um **Lupus erythematodes.** Der Diagnose stimmen Arndt und Rosenthal zu.

4. R. Isaac zeigt einen 33jährigen Herrn mit einer Veränderung der Skrotalhaut, seit einem Jahre bestehend. Das Bild erinnert an **Porokeratosis Mibelli;** immerhin bleibt die Lokalisation sehr auffällig.

5. Arndt: Zwei Fälle von **Granuloma annulare.** a) 16jähriges Mädchen weist sonst keine Störung der allgemeinen Gesundheit auf. Befallen ist nur die Streckseite der Hände, besonders über den Gelenken. Die Affektion beginnt mit hanfkorn- bis linsengroßen Knötchen, die häufig eine kleine Einsenkung haben. Die Knötchen legen sich aneinander, bilden Ringe von bläulichroter Farbe. Pirquet mittelstark positiv, therapeutisch wurde Besserung erzielt.

b) Neunjähriger Junge mit einer ca. zehnpfennigstückgroßen Affektion am rechten Handrücken; symmetrisch dazu ein kleinerer Herd an der linken Hand.

Arndt beobachtete insgesamt acht Fälle dieser Dermatose. Er konnte sich nicht davon überzeugen, daß regelmäßig, wie behauptet wird, eine tuberkulöse Belastung zugrunde liegt. Pirquet zweimal positiv, sechsmal negativ. Befallen waren nur junge Frauen und Kinder in der Altersgrenze von 25 bis zu 4 Jahren. Wenn nicht thera-

Digitized by Google

peutisch eingegriffen wird, kann das Leiden jahrelang fortbestehen. Zweckmäßig erwies sich Arsen und Hg-Pflaster.

Histologisch findet man eine knotenförmige Neubildung mit zentraler Nekrose und mit peripherer Wucherung der Bindegewebszellen und lymphozytäre Elemente. Das Bild ähnelt der Folliklis.

Blaschko sah zwei Fälle von **Granuloma annulare** an der Planta pedis, deren Aussehen aber mehr an Erythema induratum erinnerte. Die Verschiedenartigkeit der Bilder erklärt sich wohl durch die verschiedene Lokalisation, weil andere Formationen der Kutis und Epidermis auch andre klinische Bilder erzeugen. Wirksam erwies sich Röntgen. Auch in Blaschkos Falle war keine deutliche Pirquet-Reaktion vorhanden. Der mikroskopische Befund erinnert sehr an eine tuberkulöse Affektion.

Arndt. Klinisch handelt es sich um Patienten, die frei von Tuberkulose sind; auch Impfversuche auf Tiere blieben erfolglos. Die histologische Ähnlichkeit mit Folliklis kann für die Verwandtschaft des Prozesses mit Tuberkulose nicht herangezogen werden; denn Folliklis zeigt nichts Charakteristisches für Tuberkulose, sondern erst der gleichzeitige Nachweis von klinischer Tuberkulose bei Folliklis beweist die tuberkulöse Natur dieser Dermatose.

6. Löhe. Ein Stallknecht bekam nach Melken einer Kuh einen geschwürigen Prozeß am Daumen, der zu Verlust des Nagels führte. Vor zirka drei Wochen hatte er den Auftrag, ein Tier zu versorgen, welches am Euter ein Geschwür hatte. Bald danach entwickelte sich bei dem Manne in einer Interdigitalfurche ein Knoten, zum Teil mit Blasen und Borken besetzt, nach deren Entfernung frisches Granulationsgewebe zutage trat **(Melkerknoten)**. Aus dem Blaseninhalt ließen sich Staphylokokken züchten. Die Untersuchung des Tieres ergab, daß das anfänglich vorhandene Geschwür inzwischen abgeheilt war; am linken Hinterbeine fand sich dagegen eine hühnereigroße, erodierte, eiternde Geschwulst. Kulturversuch ist noch nicht beendigt. Histologisch ergab sich gewöhnliches Granulationsgewebe.

Blank hat einen entsprechenden Fall beobachtet, den er anfänglich für Milzbrand hielt.

7. Jaffé. Krankenvorstellungen. a) Frau mit **Pemphigus vulgaris**. Die Affektion verlief zunächst unter dem Bilde der Dermatitis herpetiformis Duhring ohne Störung des Allgemeinbefindens. Dann erst kam ein akuter allgemeiner Ausbruch von Blasen. Die Abgrenzung der Dermatitis herpetiformis vom Pemphigus bereitet demnach Schwierigkeit.

b) Mädchen mit **Lupus vulgaris mutilans** wurde mit Injektionen von Aurozyanat behandelt; Patientin erhielt in ca. 7 Wochen 15 Injektionen von insgesamt 0,25 des Medikaments. Nach den Injektionen nur leichter Temperaturanstieg, nach der letzten jedoch schweres Übelsein und Erbrechen. Es ist entschieden Besserung eingetreten, die Infiltrate sind zurückgegangen; ein gleichzeitig vorhandener Lichen skrophulosorum ist verschwunden. Zehn Pfund Gewichtszunahme im Hospitale.

c) Fall von **Mycosis fungoides** (bereits am 10. VI. d. J. in der Gesellschaft demonstriert). Durch Röntgen hat sich das kolossale Ulkus in der verhältnismäßig kurzen Zeit fast ganz ausgefüllt und überhäutet.

8. Tomasczewsky ist es wiederum gelungen, bei einer 54jährigen Frau mit **progressiver Paralyse lebende Spirochäten** nachzuweisen. Es ist dies der dritte positive Fall unter 13 untersuchten Kranken. Es ist dabei bemerkenswert, daß die Spirochäten im Ausstrich (Färbung nach Giemsa) nicht aufzufinden waren, wohl aber sehr zahlreich im Dunkelfeld. Es besteht also nicht mehr der geringste Zweifel, daß, wie Noguchi

Digitized by Google

zuerst behauptete, in der Hirnrinde von Paralytikern Spirochäten in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle vorhanden sind.

9. Sprinz: Demonstration mikroskopischer Präparate von **Ulerythema sycosiforme Unna.**

10. H. Isaac nimmt in einem eingehenden Vortrage zu der Frage Stellung, welchem der beiden Mittel, ob dem **Altsalvarsan** oder dem **Neosalvarsan** der **Vorzug** zu geben sei. Er zeigt in einem historischen Rückblicke, welchen Veränderungen die Meinung der Verfasser über den Wert und Unwert der beiden Mittel, Dosierung und Nachwirkungen im Laufe der Zeit unterworfen gewesen ist. Nach Ansicht des Vortragenden handelt es sich nicht darum, die höchstzulässige Dosis zu geben, sondern unser Bestreben muß sein, mit möglichst kleinen Dosen Erfolge zu erzielen. Es ist wohl kein Zweifel mehr, daß die üblen Folgeerscheinungen als Arsenintoxikationen aufzufassen sind. Das Neosalvarsan hat mit dem sogenannten Wasserfehler völlig aufgeräumt. Wegen seiner leichten Löslichkeit, neutralen Reaktion und guten Verträglichkeit ist das Neosalvarsan dem Altsalvarsan ganz entschieden vorzuziehen. Vortragender verwendet es in Verbindung mit Schmierkur drei- bis viermal zu 0,45 g. Seit dieser Art der Anwendung waren Temperatursteigerungen und schädliche Nebenwirkungen nicht mehr zu konstatieren, während früher bei höheren Dosen, schnell aufeinander verabfolgt, scharlachähnliche Exantheme und schwere Halluzinationen zur Beobachtung kamen.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 9, Juni 1913.

1. Über die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis und den Gebrauch von Bioxzahnpaste, von W. Bernheim-Breslau. Als notwendige Anforderung an eine brauchbare Zahnpaste stellt Verfasser hin: Die Zahnpaste muß mechanisch die Mundhöhle säubern, ohne Zahnschmelz und Mundschleimhaut anzugreifen. Sie muß die Widerstandsfähigkeit des Zahnfleisches heben und die Speicheldrüsen zu lebhafterer Sekretion anregen. Sie muß der Wucherung der Mundbakterien Einhalt tun; sie muß hinsichtlich des Geruchs und Geschmacks sowie hinsichtlich der Haltbarkeit und des Preises weitgehenden Ansprüchen genügen.

Auf Grund einer Reihe von Versuchen, die Verfasser angestellt hat, kommt er zu dem Schluß, daß ein neuerdings auf den Markt gebrachtes Mundpflegemittel, genannt Bioxzahnpaste, diesen Anforderungen am meisten entspricht. Bei Anwendung dieser Paste sondert sich sehr reichlich Speichel ab, und durch diesen Speichel wird aus der Paste Sauerstoff frei, der in erster Linie die nachgewiesene bakterizide Kraft der Bioxpaste bedingt.

2. Spielarten des Syphiliserregers, von Gustav Heim-Bonn. Schon früher hat man den verschieden schweren Verlauf einer Syphilis, der in auffälliger Weise bei aus derselben Quelle Infizierten meist gleiche oder ähnliche Konsequenzen zeitigte, auf Verschiedenheiten des Virus geschoben. Ähnliche Konsequenzen zog man aus der gleichartigen Vererbung in Fällen, in denen bei Erzeuger und Kind in gleicher Weise Tabes oder Paralyse auftrat. Bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse kann man annehmen, daß der Syphiliserreger kein einheitlicher Pilz sei, sondern in eine Anzahl wenn auch heute noch nicht unterscheidbarer Arten zerfalle. Andererseits darf man die Möglichkeit nicht außer acht lassen, daß Tabes und Paralyse durch einen ganz anderen

Digitized by Google

noch unbekannten Organismus erzeugt werden, welcher in Form einer Symbiose oder Parabiose zugleich mit der Spirochaeta pallida verimpft wird. Der Befund von Spirochäten im paralytischen Gehirn (Noguchi) scheint dem Verfasser mehr eine Stütze als ein Widerspruch für diese Theorie, denn nun erscheint es erst recht verständlich, warum das Salvarsan trotz Vernichtung der Spirochäten keine bleibende Heilung der Paralyse herbeiführt. Verständlich aber ist die Tatsache, wenn man sich die Krankheit durch eine mit der Spirochäte zusammenverimpfte andere Mikrobie entstanden denkt.

Bd. 16, Nr. 10, Juli 1913.

Über die Trockenluftbehandlung von nässenden und juckenden Dermatosen, von Else Wagner-Katz-Berlin. An der Josephschen Poliklinik sind mit dem Kutnerschen Trockenluftapparat eine Reihe von Hautfällen mit Erfolg behandelt worden. In erster Linie gelangten Ulcera cruris zur Behandlung, bei denen nach mehrmaliger Trocknung die Sekretion aufhörte. Die trockene gereinigte Geschwürsfläche wies frische Granulationen und teilweise Epithelisierung auf; subjektiv beobachteten die Patienten ein Nachlassen der Schmerzen, des Juckreizes und des lästigen Brennens. Recht günstig beeinflußt wurde die Sekretion bei nässenden Ekzemen in zwölf Fällen, von denen in fünf Fällen eine vollständige Heilung auf die Behandlung mit Trockenluft eintrat. Die Behandlung wurde von den Patienten viel angenehmer empfunden als der bei angetrockneten Borken recht lästige Verbandwechsel. In Anbetracht der auffälligen Beeinflussung des begleitenden Juckreizes wurden Fälle von Pruritis und Dermatitis Duhring behandelt und auch hier nach wenigen Sitzungen eine Beseitigung des Juckreizes erreicht.

Lehmann-Stettin.

Actas dermo-sifiliograficas.

5. Jahrgang, Nr. 1, Oktober-November 1912.

Ulzerationen bei einer Hysterischen durch Simulation hervorgerufen, von Juan de Azúa. Die ausführlich berichtete Krankengeschichte betrifft den immerhin seltenen Fall, daß sich ein 23jähriges Mädchen, bei dem Simulation sicher nachgewiesen wurde, ulzeröse Läsionen im Gesicht beibrachte.

Dermitis staphylococcica polymorpha gangraenosa (klinischer Fall), von E. Alvarez Saint de Aja. Ein fünf Tage altes Kind, dessen Mutter an einem bereits eröffneten Mammaabszeß leidet, zeigte am ganzen Körper zerstreute, pustulöse Läsionen, die teils ulzeriert, teils mit Krusten bedeckt waren, daneben auch Follikulitiden. Nach fünf Tagen wurde das Allgemeinbefinden schlecht, es trat Fieber ein, und der ganze Körper bedeckte sich mit diesen Elementen, wobei nur das Gesicht und die Hohlhände einigermaßen verschont blieben. Die Pusteln führten rasch zu Ulzerationen und die Follikulitiden zu fluktuierenden Abszessen, so daß an vielen Stellen subkutane Abszesse entstanden. Ferner bildeten sich zahlreiche harte intradermische Knötchen, welche ebenfalls schnell zur Fluktuation führten, aber eine Tendenz zur subkutanen Weiterentwicklung zeigten. Bakteriologisch konnte nur ein Staphylococcus aureus gezüchtet werden. Die Schleimhäute blieben intakt. Durch chirurgische Eröffnung der Abszesse und Abwaschungen mit 1:10000 Lösung von Kalium permanganicum konnte der Prozeß zum Stillstand gebracht werden. Die ungeheueren Epidermisdefekte heilten mit Scharlachrotsalbe.

Ein bemerkenswerter Fall von Knochensyphilis, von José S. Covisa. Ein 46jähriger Soldat hatte in seinem 26. Jahre Lues akquiriert, welche damals meningomyelitische Beschwerden und Iritis, später Läsionen des Nasenskeletts mit Bildung einer

Digitized by Google

typischen Sattelnase verursachte. Vor eineinhalb Jahren stellten sich nächtliche Schmerzen in der linken Tibia mit Schwellung derselben ein. Sechs Monate später begann die Tibia sich konvex nach vorn einzubiegen, so daß ein Gehen unmöglich wurde. Das Röntgenogramm zeigt, daß der osteomyelitische und osteoperiostitische gummöse Prozeß eine richtige Osteomalazie mit kolossaler Verbiegung der Tibia verursacht hat.

Zwei Fälle von tödlicher Hämorrhagie durch Pharynxgummata, von Juan de Azúa. Azúa teilt folgende beiden enorm seltenen Fälle mit: 1. Im Jahre 1900 behandelte er einen 31jährigen Bauern mit Syphilis maligna praecox. Wenige Wochen nach Auftreten des Schankers, der hämorrhagischen Aspekt zeigte, erschienen große papulo-pustulöse und tuberkulo-gummöse Läsionen, die durch tiefen Sitz und hämorrhagischen Grund ausgezeichnet waren. Am Pharynx fand sich hinter der linken Tonsille eine enorme, tiefe Ulzeration mit eitrig-hämorrhagischem Grunde umgeben von einer Zone entzündlichen Ödems. Daher war der Allgemeinzustand ein sehr schlechter. Plötzlich entleerte der Kranke durch den Mund 200 cm Blut, welche aus dieser Ulzeration strömten. Die Blutung stand bald wieder spontan, trat aber am folgenden Tag in foudroyanter Weise wieder auf, so daß der Kranke sofort starb.

2. Im Oktober 1912 trat ein 52jähriger Mann mit einer wahrscheinlich schon 30 Jahre alten luetischen Infektion in Behandlung des Verfassers. Er hatte Pharynxbeschwerden seit März und hatte auch schon eine kleine Quantität Blut aus dem Munde entleert. Die Beschwerden waren damals aber auf Quecksilber zurückgegangen, traten aber bald wieder in dem Maße auf, daß er nur noch flüssige Speisen zu sich nehmen konnte. Es fand sich im Pharynx eine zwar nicht sehr tiefe, aber sehr ausgedehnte gummöse Ulzeration, welche sogar durch Fixierung des Unterkiefers eine Öffnung des Mundes kaum gestattete. Wassermann positiv. Der Kranke bekam am 23. Oktober 0,2 Neosalvarsan. Anfangs trat eine Besserung ein, aber schon am 28. trat eine ziemlich heftige Hämorrhagie auf, die anfangs wieder zum Stehen kam. Am folgenden Tag wiederholte sie sich noch zweimal in geringerem Maße und eine abundante Blutung führte wenige Stunden später zum Tode. Bei der Autopsie stellte sich heraus, daß die Carotis externa durch die Ulzeration arrodiert war. Die Lunge zeigte ulzeröse gummöse Läsionen. Es war aber kein Anzeichen dafür vorhanden, daß die Blutung von dieser Stelle kam.

Zwei Fälle von Ikterus nach Salvarsan, von José S. Covisa. 1. Ein 29jähriger Mann zeigte zwei Monate nach der Injektion eine typische Polyadenitis, Kephalalgie und Arthralgie, pharyngeale Plaques und ein generalisiertes papulöses Syphilid. Er erhielt eine intravenöse Injektion von 0,3 Salvarsan, auf welche er mit einer zwölf Stunden dauernden Temperatursteigerung bis 39,5, Schüttelfrost und Nausea reagierte. Die Symptome besserten sich rasch, aber am vierten und fünften Tage nach der Injektion trat ohne Magen-Darmstörungen ein ausgesprochener Ikterus mit stark ikterischem Harn, Entfärbung der Fäzes, Bradykardie und leichtem Pruritus ein. Die syphilitischen Symptome verschwanden schnell, aber der Ikterus blieb vier Wochen lang bestehen, ohne das Allgemeinbefinden zu alterieren. Später injizierte der Verfasser wieder Salvarsan bei dem Kranken, ohne daß sich der Ikterus wiederholte.

2. Ein 17jähriger Kranker zeigte zwei Monate nach der Ansteckung bei vernarbtem, aber noch induriertem Schanker eine Polyadenitis, eine generalisierte Roseola, eine Periostitis des rechten Os frontale und eine Albuminurie (3‰) mit hyalinen Zylindern bei ziemlich schlechtem Allgemeinzustand. Er bekam zuerst tägliche Injektionen von 0,01 Hydrargyrum benzoicum. Das Eiweiß verminderte sich unter dieser Behandlung sehr, doch blieben die anderen Symptome bestehen. Nun erhielt der Kranke 0,15 Salvarsan, das er ohne febrile Reaktion vertrug und sechs Tage später nochmals 0,2, beide intravenös; auf diese Injektion stellte sich drei Tage lang dauerndes Fieber bei 39,5 ein.

Digitized by Google

Am vierten Tage erschien ein Ikterus mit schmerzhafter Leberschwellung und starkem Pruritus. Der Patient entzog sich dann weiterer Beobachtung.

Lokale Arsenanaphylaxie?, von JUAN DE AZÚA. Bei einem neurasthenischen Syphilitiker wurde zwölf Tage nach einer Salvarsankur (zwei Injektionen von 0,1 und 0,2) eine subkutane Injektion einer arsen- und strychninhaltigen Flüssigkeit vorgenommen. Es bildete sich an dieser Stelle eine urtikarielle Quaddel, welche vielleicht auf lokale Arsenanaphylaxie zurückgeführt werden kann.

Lichen corneo-verrucosus hypertrophicus, mit Kohlensäureschnee behandelt, von E. ALVAREZ SAINZ DE AJA. Es handelte sich um strichförmig angeordneten Lichen verrucosus an den Oberschenkeln. Der Kohlensäureschnee wurde unter starkem Druck ein bis zwei Minuten aufgelegt. Der Juckreiz verschwand bald, und es bildete sich eine glatte, weißglänzende Narbe. Arsen war ohne Erfolg gewesen.

A. Gunsett-Straßburg.

Zeitschrift für Urologie.

1913, Band 7, Heft 7.

Zur Pyelotomie, von OELSNER-Berlin. Neben der absoluten Indikation, die kleine solitäre infizierte und nicht infizierte Steine im Nierenbecken abgeben, wird die Pyelotomie auch bei Steinen in solitären Nieren und bei beiderseitiger Kalkulosis ausgeführt. Ebenso wird sie angewendet in einer großen Zahl von verästelten und Korallensteinen. Besteht die Pyelitis nach Schluß der Nierenbeckenwunde weiter, so ist möglichst frühzeitig mit Nierenbeckenspülungen von der Blase aus zu beginnen.

Histopathologische Studie der Epididymitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von H. NAKANO-Tokio. Die vom Verfasser untersuchten Fälle geben histopathologisch fast dasselbe Bild. Das Vas deferens im allgemeinen verdickt, interstitielle Bindegewebswucherung ist stark entwickelt, ein Teil des Lumen zusammengeschrumpft. In dem Lumen des Vas deferens hier und da mit einer schleimig-degenerierenden Masse verstopfte Stellen. An dem Schwanzteil gefäßreiche Stellen. Die Tunica propria ist verdickt und allseitig mit der Albuginea verwachsen, ebenfalls starke Zellinfiltration. Wenn in sämtlichen Kanälen eine zur Obliteration führende Entzündung besteht, oder wenn die Ausführungsgänge der Tubuli seminiferi infolge des Druckes seitens der erkrankten Umgebung verschlossen werden, kommt es zur Azoospermie. Von allen verschiedenen Behandlungsmethoden empfiehlt Verfasser als beste diejenige mit 2%iger essigsaurer Tonerde in Form möglichst warmer Umschläge.

Zystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes, von O. RUMPEL-Berlin. (Mit Illustration.) Mitteilung eines seltenen Falles von zystischer Erweiterung des vesikalen Ureterendes bei einer 25jährigen Patientin, die seit anderthalb Jahren an außerordentlich quälenden Harnbeschwerden litt. Die Zystoskopie zeigt ein rüsselförmiges Hervorragen beider Mündungen, bedeckt von gefalteter Blasenschleimhaut. Plötzlich stülpte sich der schlaffe Rüssel in die Blase tumorartig vor, so daß seine Spitze bis zum Orificium internum urethrae vordrang und das Prisma des Instrumentes bedeckte. Auf der Spitze befand sich die ganz feine Öffnung des Harnleiters, durch die sich der Harn nur langsam in haarfeinem Strahl entleerte. Die Operation — Entfernung dieser beiden Tumoren — und Vernähung der Blasenschleimhaut mit der Ureterenschleimhaut — hatte einen ausgezeichneten Erfolg. Verfasser beschreibt den Gang der Operation genau.

Einige neuere Angaben über die Ätiologie der Hydronephrosen. (Angeborene Mißbildungen des Harnleiters), von N. A. MICHAILOW-St.-Petersburg. (Textabbildungen.) Bei der Operation eines an den Folgen einer Hydronephrose leidenden jungen Mannes fand man in der unteren Ecke der Wunde des Beckens eine große Warze, ca. 4 cm

Digitized by Google

lang, die aus der Höhle des Harnleiters ausgehend sich unmittelbar ins ausgedehnte Nierenbecken hervorragte. Solche Mißbildung des renalen Endes des Harnleiters begünstigte die Ansammlung des Harnes im Nierenbecken und dessen Ausdehnung und verhinderten den Abfluß des Harnes. Chrzelitzer-Posen.

Folia Urologica.

Band 7, Nr. 10, Juni 1913.

1. Über die Bedeutung der anormalen Nierengefäße für die Entstehung und Entwicklung der Hydronephrose, von J. Borelius-Lund. Anormale Nierengefäße kommen so häufig bei Hydronephrose vor, daß sie wahrscheinlich eine häufige Ursache derselben bilden; doch sind sicher noch andere ursächliche Momente dabei wirksam, häufig eine gewisse abnorme Beweglichkeit resp. Senkung der Niere.

2. Karzinom der Prostata und Blase, Blasensteine, kongenitale Stenose des rechten Ureters und rechtsseitige Uropyonephrose, von F. Putzu-Cagliari. Der ausführlich mitgeteilte Fall betraf einen 40jährigen Landmann, der seit zehn Jahren erkrankt war. Die genaue Diagnose wurde erst bei der Obduktion gestellt, nachdem der Kranke 40 Stunden nach der Operation eingegangen war.

3. Rückblick auf die urologische Tätigkeit in Ungarn in den Jahren 1910—1912, von Eugen Remete-Budapest. W. Lehmann-Stettin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Februar 1913.

1. Verletzungen an den Genitalien infolge von Diabetes, welche Geschlechtskrankheiten vortäuschen, von Charles M. Whitney-Boston. In der vorliegenden, klinisch sehr interessanten Arbeit betont Whitney die Notwendigkeit auch bei Krankheitsbildern, die mit der Form ihres Auftretens eine Diagnose auf Geschlechtskrankheiten als absolut sicher erscheinen lassen, den Urin der Patienten gewissenhaft auf Zucker zu untersuchen. Es würde zu weit führen, im Rahmen eines Referates die von dem Verfasser zur Begründung seiner Forderung mitgeteilten Krankengeschichten zu besprechen, und so beschränke ich mich darauf, die einzelnen Affektionen an den Genitalien aufzuzählen, die eine venerische Infektion vortäuschen infolge des bestehenden Diabetes. Es handelt sich um: Schanker, Gumma, Kankroid, Blennorrhoe, Balanopostitis, Phimose, Ekzem oder Ödem am Penis, Perinealabszesse. Bei all diesen Fällen schien die Diagnose klinisch absolut sicher, wenn es auch zum Erstaunen der behandelnden Ärzte nicht gelang, die Krankheitserreger, wie Spirochäten, Gonokokken usw., zu finden. Zumeist war es erst das Versagen der sonst wirksamen Therapie, die zu einer Untersuchung des Urins auf Zucker Veranlassung gab, und man fand dann meist das Vorhandensein von 2—5% Zucker, wovon der Patient selbst sehr häufig keine Ahnung hatte. Es genügte dann die Einleitung einer antidiabetischen Behandlung resp. Diät, und mit dem Heruntergehen des Zuckers heilten die vorgetäuschten venerischen Erkrankungen ohne eigne lokale Behandlung.

Ob diese Erkrankungsformen durch eine direkte Reizung der Gewebe durch den Zucker zustande kommen, oder ob durch den Diabetes nur eine geringere Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen die Invasion von Bakterien bewirkt wird, ist noch nicht aufgeklärt.

2. Chirurgische Behandlung von Papillomen und Karzinomen der Blase, von Francis S. Watson-Boston. Bei benignen Papillomen ist man zu dem Versuche berechtigt, den Tumor mit Hochfrequenzströmen zu zerstören; sobald aber ein Rezidiv,

Digitized by Google

das dann meist maligner Natur zu sein pflegt, eintritt, hat man nur noch die Wahl zwischen der partiellen Resektion der Blase oder der Totalexstirpation; die letztere Methode ist aber nur für wenige Fälle geeignet; dann aber wegen des sicheren Erfolges der partiellen Resektion vorzuziehen. Was die Rezidivgefahr anlangt, so wird man erst in einigen Jahren entscheiden können, ob dieselbe bei Exstirpationen oder bei Behandlung mit Hochfrequenzströmen geringer oder größer ist.

3. Neosalvarsan: Beschreibung eines neuen Apparates zur Anwendung desselben, von Josef Welfeld-Chicago. Nach einer sehr langen Einleitung über die Vorzüge des Neosalvarsans gibt der Verfasser eine Beschreibung eines von ihm zur intravenösen Injektion des Heilmittels konstruierten Apparates. Die Beschreibung wie die beigefügte Abbildung des Apparates zeigen, daß er vor den unendlich vielen anderen im Laufe der letzten drei Jahre konstruierten Apparate einige Vorzüge und einige Nachteile hat. Da er fast ganz aus Glas besteht, ist er sehr leicht sterilisierbar; auch ist Zutritt von Luft in die geöffnete Vene wohl gänzlich ausgeschlossen. Dagegen erscheint er wesentlich komplizierter als die im allgemeinen zurzeit im Gebrauche befindlichen Apparate.

4. Abnorme Haarflechte und Plica neuropathica, von W. Knawley Sibley-London. Im Gegensatz zur Plica polonica, die nur infolge von Unreinlichkeit oder infolge eines, einer Ungezieferinvasion folgenden Ekzems entsteht, hat die sogenannte Plica neuropathica nichts mit Unreinlichkeit zu tun. Von den fünf vom Verfasser aus der Literatur zitierten Fällen sind fast alle am Kopf lokalisiert, betreffen aber meist nur kleine Herde an den verschiedenen Stellen der Kopfhaut. Der vom Verfasser zitierte und durch Abbildungen illustrierte Fall betraf ein elfjähriges, sorgsam sauber gehaltenes Mädchen, das ohne irgendwelche sonstige Spuren kongenitaler Mißbildungen ein starkes Büschel Haare in der Sakralregion hatte, die alle drei bis vier Wochen mittels der Schere sorgfältig kurz gehalten wurden. Als dies aus äußeren Gründen einmal einige Zeit unterblieb, fand die Mutter die Haare stark durcheinander gewachsen, fest miteinander verfilzt und war außerstande, mit der Schere die Haare zu verkürzen. Dabei zeigte sich für das unbewaffnete Auge sonst nichts Abnormes, während man bei der mikroskopischen Untersuchung neben vollkommen normaler Struktur der Haare feine Leinenfäden durchgewachsen fand, welche die Haare vollkommen fest miteinander verbunden und verfilzt hatten, so daß es zu einer Art Mattenbildung gekommen war. Es handelt sich nach dem Verfasser in diesen Fällen um eine besondere Art der Anordnung der Rindenzellen der Haare, wie man sie ähnlich bei manchen niederen Säugetieren trifft. Die Behandlung geschah erfolgreich mit Röntgenstrahlen.

5. Eine nützliche Erfindung für die Behandlung der Blennorrhoe, von Sylvan H. Likes und Herbert Schönrich-Baltimore. Die Verfasser setzen zunächst die allgemein bekannten Verhältnisse über die Trennung von Urethra anterior und posterior auseinander, um dann den von ihnen erfundenen Apparat zu erläutern. Derselbe besteht aus einer Krücke, die auf einem verstellbaren Fußgestell so aufgestellt wird, daß, wenn der vordere Teil der Krücke dicht vor der Afteröffnung ist, die Urethra in ihre beiden Teile zerlegt ist, so daß kein Tropfen der injizierten Flüssigkeit hinter den Schließmuskel dringen kann. Ob der Apparat für Krankenhäuser praktisch ist, bleibe dahingestellt, für Privatwohnungen scheint er unmöglich. (D. Ref.)

6. Dermatologisches Studium in Berlin, von Lloyd Warren Ketron-Baltimore. Zum Referieren gänzlich ungeeignet.

7. Ein billiger wirksamer und praktischer Apparat für die Anwendung von Salvarsan oder einer anderen Lösung, sowohl für intravenöse wie für hypodermatische Anwendung geeignet, von James C. Attix-Philadelphia. Der hier be-

Digitized by Google

schriebene Apparat bietet außer ganz geringfügigen Modifikationen nichts Neues, und es scheint sehr zweifelhaft, ob man es wagen darf, mit demselben endovenöse Injektionen von Salvarsan ohne Assistenz vorzunehmen, wie es von dem Verfasser vorgeschlagen wird.

Lasch-Breslau.

Annales des maladies vénériennes.

Bd. 8, Nr. 5, Mai 1913.

1. Chronische „fibröse" Abszesse verursacht durch Ducreysche Bazillen, von Gougerot und Meaux Saint-Marc-Paris. Abgesehen von den bekannten Bubonen und Bubonuli, die mehr oder weniger akut entzündlichen Charakters sind, können sich auch lymphangitische Abszesse im Gefolge eines weichen Schankers finden, die von Anfang an torpid verlaufen, keine Neigung zum Durchbruch zeigen, die Haut nicht oder wenig beteiligen und sich schließlich in harte indolente Knoten umwandeln, welche keinerlei Neigung zur Resorption zeigen und schließlich chirurgisch entfernt werden müssen. Verfasser berichtet über drei einschlägige Fälle, in denen sämtlich die weichen Schanker sehr leicht waren und sehr schnell abheilten, während die, fast ausschließlich am Glied lokalisierten Knoten lange Zeit bestanden, bis sie chirurgisch entfernt wurden. Die Affektion, die unter Umständen mit gewissen Stadien der Tuberkulose und der Syphilis, ja selbst mit Mykosen verwechselt werden kann, ist durch den Bazillus des Ulcus molle direkt verursacht, wie bakteriologische Untersuchungen ergeben haben. Genaue histologische Untersuchungen.

2. Mischaffektionen der Zunge: Syphilis und Krebs, von Chifoliau und L. Duroeux. In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um einen 44jährigen Mann mit ausgedehnten gummösen Ulzerationen der Zunge, die nach drei Injektionen von Neosalvarsan à 0,45 glatt zur Abheilung gelangten, aber — schon vorher nachweisbare — verdächtige Indurationen hinterließen, welche nach Abheilung des syphilitischen Anteils der Erkrankung zunahmen unter gleichzeitigem allgemeinem Verfall des Patienten, der nach wenigen Wochen zugrunde ging. Auch als die Affektion als rein krebsig angesprochen werden konnte, war der Wassermann noch positiv. Der Kranke ist wahrscheinlich an Suffokation zugrunde gegangen infolge Drüsenmetastasen entlang Trachea und Bronchien. Die Verfasser glauben, daß das Neosalvarsan zu der rapiden Entwicklung des Krebses den Anstoß gegeben hat.

3. Ein Fall von schwerem Tripperrheumatismus behandelt mit Neosalvarsan, von Alfred Lévy-Bing und Louis Duroeux. Ein etwa 30jähriger Mann hatte vor sieben Jahren einen schweren Tripper akquiriert, der während dieser Zeit fast dauernd in sachgemäßer Behandlung gewesen ist, aber trotzdem dreimal kompliziert wurde durch rheumatische Erkrankung multipler Gelenke und fünfmal durch Iritis, die bald das eine, bald das andere Auge betraf. Im Anschluß an die letzte rheumatische Erkrankung blieben chronische Veränderungen mit Bewegungsstörungen und bestimmten Schmerzpunkten zurück, die auffallend rasch und prompt zur Heilung gebracht wurden durch drei Injektionen von Neosalvarsan 0,3—0,45. Auch die bis dahin im Morgentropfen noch immer nachweisbaren Gonokokken sind seit der Salvarsanbehandlung verschwunden.

Nr. 6, Juni 1913.

1. Über das weitere Ergehen mehrerer Fälle von Tertiärsyphilis, die mit einer einzigen intramuskulären Salvarsaninjektion behandelt wurden, von L. A. Hoffmann-Berlin. H. macht jetzt, wo Salvarsan fast nur noch intravenös gegeben wird, wieder auf den ursprünglichen Einführungsweg aufmerksam, bei dem in einer Reihe von Fällen doch schnellere Resultate von anscheinend auch längerer Wirkungs-

Digitized by Google

dauer erzielt wurden. Aus einer Reihe von Fällen schwerer tertiärer Syphilis berichtet er fünf Beobachtungen des genaueren, die 20—24 Monate nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion beobachtet werden konnten und in dieser Zeit keinerlei klinische Rezidive gezeigt haben, trotzdem vorher die verschiedensten therapeutischen Methoden kein Dauerresultat erzielen konnten.

2. Einige Bemerkungen über Augenuntersuchungen in der dermato-syphilidologischen Abteilung des Hospitals Saint-Louis, von Antonelli. Seit 1897 sind regelmäßige Augenuntersuchungen an Syphilitikern vorgenommen worden, die sowohl das äußere Auge wie den Augenhintergrund berücksichtigten. In erster Linie ist dabei auf rudimentäre Stigmata kongenitaler Syphilis geachtet worden und hierüber vom Verfasser eine eingehende Arbeit an anderem Orte erschienen.

3. Symptomenkomplex des Basedow im Verlauf der Syphilis, von P. Hischmann. Bei einem 19jährigen Mädchen, das mit einer frischen sekundären Syphilis in Behandlung stand, traten einige Erscheinungen des Basedow ziemlich plötzlich auf: Tachykardie, Zittern, profuse Schweiße usw.; Symptome von seiten der Augen und psychische Störungen fehlten. Die spezifische Behandlung führte zu einer sehr prompten Besserung des Zustandes.

4. Polyneuritis der Hirnnerven nach Salvarsan, von L. Bory. Etwa einen Monat nach einer, wegen frischen Schankers applizierten intravenösen Salvarsaninjektion klagt der Patient über unerträgliche Kopfschmerzen, Schwindel, Hitzegefühl, Kongestion zum Kopfe, ohne daß Bewußtseinsstörungen vorhanden sind; nach 2—3 Tagen bildet sich eine rechtsseitige Fazialisparalyse aus und vollkommene linksseitige Taubheit. Unter Quecksilberinjektionen prompte Besserung des Zustandes. W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Sporotrichose mit einem Nierenabszeß, von Durand. (Lyon méd., 1912, Nr. 41.) Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sporotrichosis, von Bremener. (Med. Obosrenje, 1913, Nr. 3.) Beschreibung eines Falles von diffuser gummöser, nicht ulzerierter Sporotrichosis. Es handelt sich um eine 35jährige Bäuerin, welche seit 10 Jahren an periodisch wiederkehrenden Geschwülsten an den Füßen leidet. Als Verfasser die Kranke zum erstenmal sah, fand er auf der Haut des linken Beines eine Reihe von Narben und außerdem an der inneren Fläche des Fußes zwei Geschwülste, Gummi, über denen die Haut von violetter Röte war. Von den Geschwülsten hatte die eine 3 cm, die andere 1 cm im Durchmesser, dieselben waren derb, unbeweglich, nicht empfindlich. In dem mittels Pravazscher Spritze aus der Tiefe der Geschwülste entnommenen Eiter konnte Dr. Marzinowski den Pilz Sporotrichum Beurmanni nachweisen. Unter einer Behandlung mit großen Jodkalidosen trat eine fast völlige Resorption der Geschwülste ein. Arthur Jordan-Moskau.

Die spezifische Behandlung der tiefen Trichophytie, von Robert Otto Stein. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Aus seinen Untersuchungen und praktischen Versuchen gibt Verfasser folgende Leitsätze: „1. Tiefe Trichophytien (Sycosis barbae parasitaria oder Kerion Celsi) können durch intradermale Injektionen von Trichophytin

Digitized by Google

und durch lokale Applikation einer hochprozentigen Trichophytinsalbe schneller als mit anderen Methoden geheilt werden. 2. Bei oberflächlichen, nicht auf Trichophytin reagierenden Fällen ist die Trichophytinsalbe allein zu versuchen. 3. Prophylaktisch mit einer Trichophytinsalbe ist meines Erachtens der noch gesunde Haarboden jener Kinder zu behandeln, deren Geschwister oder Schulkameraden an einer infektiösen Haarkrankheit (z. B. Mikrosporie) leiden. 4. Nicht alle Trichophytine sind biologisch gleichwertig, am besten eignet sich zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken der aus Maltosebouillonkulturen von Achorion Quinckeanum nach der Angabe von Bloch hergestellte Extrakt (eigentlich ein Favin)." W. Lehmann-Stettin.

Liquor ferri sesquichlorati zur Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut, von J. H. Garrett-Cheltenham. (Brit. med. Journ., 22. Februar 1913.) Verfasser hat mit der Tinctura ferri perchloridi portiva (B. P.) bei Kindern mit Trichophyton tonsurans der Kopfhaut gute Resultate erzielt. Nach einem gründlichen Abwaschen wird die betreffende Stelle mit Benzin vom Fett befreit, worauf die Tinktur mit einem Pinsel gründlich auf das betroffene Gebiet aufgetragen wird. Die Umgebung kann zur Prophylaxe auch leicht eingepinselt werden. Die Prozedur wird noch dreimal einen Tag um den anderen ausgeführt und dann noch sechsmal jeden dritten Tag. Dies soll der Arzt aber persönlich besorgen, Der Schulbesuch braucht dabei nicht ausgesetzt zu werden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Natrium carbonicum bei Trichophytie, von W. W. Nock. (Brit. med. Journ., 8. März 1913.) Man drückt ein etwa wallnußgroßes Stück gewöhnlicher Waschsoda gegen ein glühendes Eisen (etwa ein im Feuer erhitztes Stochereisen) und reibt dann das geschmolzene Ende auf das Krankheitsgebiet, an dem die Haare kurz abgeschnitten sein müssen, gründlich ein. An der Kopfhaut muß die Prozedur meist nach etwa einer Woche wiederholt werden, während an anderen Körperstellen eine einmalige Applikation ausreicht. Die Methode soll schmerzlos und durchaus wirkungsvoll sein.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis polymorpha, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1912, Nr. 42.) Bei einem jungen Manne traten ohne Jucken rote Flecke an den Armen auf, die sich rasch über den ganzen Körper verbreiteten; dazu gesellten sich Blasen auf normaler Haut. Die Flecke waren gelblich, von einem roten, etwas erhabenen Saume umgeben, die Blasen groß, gelblich oder trüb oder hämorrhagisch. Es handelt sich um eine Dermatitis polymorpha, der aber nicht das Epitheton „dolorosa" oder „herpetiformis" zukommt. Bemerkenswert war das Aussehen der initialen Flecke, die den Läsionen der Pityriasis rosea sehr ähnlich waren. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Körperchen von Lipschütz bei Pemphigus, von K. Sternberg. (Wien. klin. Rundsch., 1913, Nr. 4.) St. fand in der Milz und den Lymphdrüsen eines Kindes mit Pemphigus neonatorum dieselben Gebilde, die Lipschütz bei Pemphigus gefunden hat. Riehl weist darauf hin, daß der Pemphigus neonatorum mit dem Pemphigus chronicus nicht identisch sei. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Protozoenbefunde bei Pemphigus chronicus, von B. Lipschütz. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Ein in der k. k. Gesellschaft der Ärzte am 25. Oktober 1912 gehaltener Vortrag über die Untersuchungen und Befunde des Verfassers, die in früheren Arbeiten bereits mitgeteilt wurden, Befunde eines „Anaplasma liberum" und eines protozoenähnlichen Gebildes, das Verfasser Zystoplasma genannt hat. Die Befunde sind bisher in elf Fällen erhoben worden, während in zweien der Befund negativ, in einem zweifelhaft war. Während bisher diese Gebilde nur immer im Inhalt der Hautblasen nachzuweisen waren, ist es in einem Falle gelungen, in dem wegen nachweisbarer Milzschwellung eine Punktion vorgenommen wurde, im Punktat ähnliche Befunde

Digitized by Google

zu erheben. In der sich anschließenden Diskussion teilt Sternberg mit, daß er bei einem Fall von Pemphigus, den er zu obduzieren Gelegenheit hatte, die Lipschützsche Untersuchung ausgeführt und in Ausstrichpräparaten sowohl der Milz als auch der Lymphdrüsen ziemlich zahlreich ähnliche kleine Gebilde nachweisen konnte.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung des Pemphigus durch intravenöse Salvarsaninfusion, von Arno Lindemann. (Diss., Jena 1912.) 22 jähriges Mädchen. Infektion negiert. Leiden ohne äußere Ursache Sept. 1911 eingesetzt. Rötung der Haut am Unterarm links, allmähliche Blasenbildung. Nach ca. 14 Tagen Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet, sogar Fußsohlen befallen. Virchow-Krankenhaus. Durch Dauerbäder während zweier Monate Zustand erträglicher. Versuch mit innerer As-Anwendung, äußerlich Naphtalan. Kräfte hoben sich wieder. Nach sieben Monaten geheilt entlassen. Nach zwei Wochen wieder Bläschen (ohne Vorzeichen). Lokalisation auf Unterarme und Unterschenkel ausgedehnt. Ostkrankenhaus Berlin. Da trotz üblicher Therapie neue Blasen auftraten, wurde Salvarsan zur Behandlung herangezogen. Intravenöse Infusion in neutraler Lösung. Am 19. VI. 0,1 Salvarsan. Wassermannsche Reaktion negativ. Bis 21. VI. keine Veränderung. Blaseneruption eher stärker. Befinden unverändert. Am 21. VI. 0,2 Salvarsan. Reagierte ebensowenig. Blasenbildung stationär. Am 24. VI. 0,15 Salvarsan in alkalischer Lösung. Temperatur stets unter 37°. Befinden besser. Schmerzen lassen nach. Zuletzt entstandene Bläschen eingetrocknet. Am 26. VI. 0,1 Salvarsan intravenös. Deutliche Heilungstendenz. Haut unter den Blasen bedeckt frisches Epithel. Am 28. VI 0,2 Salvarsan. Deutliche Fortschritte. Keine neuen Blasen. Am 11. VII. 0,3 Salvarsan, also im ganzen 1,5 g im Lauf von zwei Wochen. Konstantes Fortschreiten des Heilungsprozesses. Sämtliche großen Blasen verschwunden. Befinden sehr gut. Am 19. VII. Entlassung. Nirgends neue Bläschenbildung. Heilung.

Fritz Loeb-München.

Akrodermatitis continua suppurativa, von J. Nicolas und H. Moutot. (Lyon méd., 1913, Nr. 13.) Bei der 35 jährigen Frau erscheinen seit drei Jahren ununterbrochen Pusteln auf den Fingern und Händen, die oberflächlich saßen, verheilten, aber immer von neuen Schuben gefolgt waren. Die Nägelsubstanz wurde gänzlich zersplittert. Am linken Vorderarme erschien ein fünffrankstückgroßer erythematöser Herd.

Richard Frühwald-Leipzig.

Impetigo herpetiformis Hebra, zugleich ein Beitrag zur Klärung der Pathogenese dieser Erkrankung, von Richard Marek-Proßnitz. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) M. berichtet einen einschlägigen typischen Fall aus der Olmützer Gebäranstalt, und schließt verschiedene Erwägungen daran an, die in ihm den Gedanken hervorgerufen haben, ob es sich bei der Impetigo herpetiformis nicht um eine Kombination der Graviditätstetanie mit der Schwangerschaftsintoxikation handelt. Die Graviditätstetanie hat gewisse Schädigungen in der Haut zur Folge. Diese in ihrer Ernährung geschädigten Bezirke stellen dann einen Locus minoris resistentiae vor, wo das Schwangerschaftstoxin seine Wirkung besonders entfalten kann. Die Unterbrechung der Schwangerschaft, die zur Behandlung empfohlen wird, sollte nach Ansicht des Verfassers vorgenommen werden, ohne erst die Lebensfähigkeit der Frucht abzuwarten, denn erstens wissen wir nicht, ob sich nicht durch das Abwarten irreparable Schädigungen in den lebenswichtigen Organen (Herz, Leber, Niere) entwickeln, so daß es dann trotz der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zum Exitus kommen wird, zweitens wissen wir, daß sehr viel Kinder bei den Impetigokranken frühzeitig tot oder mazeriert zur Welt kommen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über akute Infektionen Neugeborener (Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis), nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1900—1910. (Diss., Kiel 1913.) Verfasser hat versucht, einen Überblick zu geben über das Auftreten der Stomatitis, von deren verschiedenen Arten nur der Soor beobachtet wurde, des Pemphigus, der Furunkulose und der Mastitis. Im allgemeinen sind die Erkrankungsziffern in den einzelnen Jahren Schwankungen unterworfen, die Verfasser auf einzelne Endemien zurückgeführt hat. Im ganzen sind aber die Zahlen der Erkrankungen gesunken, ein Erfolg, der der verbesserten Prophylaxe und Therapie zuzuschreiben ist. Diese Infektionen waren nicht selten miteinander oder mit anderen Krankheiten, besonders häufig mit Dyspepsie, kompliziert, die wohl den Boden für die Krankheitserreger geebnet haben. Auch wurden mehrfach Erkrankungen der Mutter beobachtet, die auch von Einfluß gewesen sein können, sei es durch direkte Übertragung der Krankheitserreger, sei es dadurch, daß die Ernährung des Kindes litt. Ferner sind Frühgeburten, kongenital luetische, oder sonst in ihrem Wohlbefinden gestörte Kinder diesen Infektionen besonders ausgesetzt. Von den 350 Erkrankungen verliefen 5, also 2%, tödlich; eine Zahl, die darauf zurückzuführen ist, daß es sich um für gewöhnlich leichter verlaufende Krankheiten handelt, und daß in der Klinik erheblich günstigere hygienische Verhältnisse bestehen, wie etwa in der Praxis pauperum, aus der wesentlich höhere Mortalitätsziffern berichtet werden. Auffallend ist, daß im allgemeinen das Gewicht der Kinder während der Erkrankung stieg. Eine Zahl von 250 Fällen ist groß genug, um rein zufälliges Zusammentreffen auszuschließen und allgemein günstige Schlüsse zuzulassen. Verfasser sucht diese Tatsache so zu erklären, daß der durch eine andere Noxe geschädigte und damit für die Infektion disponierte Körper erst einen gewissen Kräftezustand erreichen muß, um die Infektion überwinden zu können. Er konnte beim Pemphigus in einem Falle eine sichere Inkubationszeit von mindestens 48 Stunden nachweisen, die sonst von den verschiedenen Verfassern widersprechend auf 1—3 Tage angegeben wird.

Auf die eigenartige Erscheinung, daß unter 40,9% der beobachteten Fälle von Mastitis neonatorum eine Mastitis der Mutter vorherging und keine befriedigende Erklärung zu finden war, weist Verfasser hin. Fritz Loeb-München.

Das Testament des Syphilitikers, von Granjux und Darricarrère. (Bull. de la soc. franç. de proph. san. et morale, April 1913.) Einer der Verfasser hatte seinem syphilitischen Freunde den Rat gegeben, in einem eigenen Testamente seinem Sohne sein Leiden zu gestehen und ihn auf eventuelle hereditäre Folgen aufmerksam zu machen. Lange Jahre nach dem Tode des Vaters kam der bisher gesunde Sohn mit Drüsengummen in Behandlung des Verfassers. Das Testament seines Vaters hatte ihn auf den richtigen Weg und in die richtige Behandlung geführt. Die Verfasser weisen ferner auf Läsionen der Knochen und Gelenke hin, die lange Zeit vergeblich als tuberkulös behandelt werden, bis schließlich ein Zufall die hereditäre Syphilis erweist und die richtige Behandlung bewirkt. Ähnlich kann es auch mit Albuminurie sein. Diese Fakten erfordern eindringlich, jeden verheirateten Syphilitiker zu veranlassen, in einem speziellen Testamente ihr Leiden zu offenbaren, um ihre Nachkommenschaft vor Schaden zu bewahren. Richard Frühwald-Leipzig.

Trichophytieen, Pian, Pyodermatosen und andere Hautkrankheiten bei den Eingeborenen in Tripolitanien, von A. Mazzolani. (Riforma med., 1913, Nr. 16.) In der Hautabteilung des Victor-Emanuel-Hospitals in Tripolis wurden bisher folgende

Digitized by Google

Krankheiten behandelt: Favus 26 Fälle, Trichophytieen 29, venerische Ulzera 17, Syphilis 12, Urethritis 9, Drüsentuberkulose 5, einfaches Ekzem 6, Pyodermatosen 64, Pedikulosis 6, Prurigo 2, Acne sebacea 5, Sycosis barbae 5, Pian 11, Lichen tropicus 1, Ulcera phagedaenica 61, Dermatitis pityriasiformis 2, Skabies 5, Hauttuberkulose 7, Hyperhidrosis 1, Herpes circinnatus 5 Fälle, Psoriasis 1 Fall. A. Gunsett-Straßburg.

Der Neubau der Lupusheilstätte und der Lupusheimstätte, von Alfred Jungmann-Wien. (Strahlentherapie 1913, Bd. 2, H. 2.) Durch die Initiative von E. Lang ist der Behandlung des Lupus ein imposanter Bau entstanden, der allen modernen therapeutischen, wissenschaftlichen und hygienischen Anforderungen glänzend gerecht wird. Hervorgehoben sei nur, daß der große Belichtungssaal sechs große Finsenapparate und drei Finsen-Reyn-Lampen enthält, so daß 27 Kranke gleichzeitig belichtet werden können und die Möglichkeit besteht, täglich über 200 Kranke nach Finsen zu bestrahlen. In dem Lupusheim können mindestens 70 Patienten untergebracht werden.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Das Lupusheim in Gießen, von A. Jesionek-Gießen. (Strahlentherapie 1913, Bd. 2, H. 2.) Die Gießener Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die am 1. April 1906 eröffnet wurde, hat sich aus sehr beschränkten Verhältnissen heraus entwickelt. Untergebracht im Kellergeschoß der medizinischen Klinik, belief sich die Frequenz im Jahre 1906 auf 650 und stieg auf 1600 Patienten im Durchschnitt pro anno. Als sehr unangenehm für Unterricht und Forschung auf der einen Seite und die Patienten andererseits ist der Umstand anzusehen, daß keine Möglichkeit besteht, die Patienten stationär zu behandeln und bettlägerige Kranke aufzunehmen. Namentlich fühlbar macht sich das in der Lupusbehandlung, zumal eine stets große Anzahl dieser Kranken (12—15%) sich im Jahre zur Behandlung stellt. Den unermüdlichen Bestrebungen des jetzigen Leiters der Poliklinik, Prof. Jesionek, unterstützt von dem Geh. Regierungsrat Dr. Dietz, ist es gelungen, den Heilstättenverein für die Notlage der Lupuskranken in Hessen zu interessieren und die Erbauung eines Lupusheimes durchzusetzen.

Ein gefälliger Bau, in idealer Lage, ausgestattet mit den modernsten therapeutischen Einrichtungen, konnte das Lupusheim im April 1913 eröffnet werden.

Es bietet Raum für zirka 30 Betten, ein umfangreicher Garten soll das Licht- und Luftbad aufnehmen und ferner den Kranken Gelegenheit geben, sich im Freien mit nützlicher Gartenarbeit zu beschäftigen. Da nun außerdem auch noch eine Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Bau sich befindet — übrigens ebenfalls zum größten Teile der Initiative Jesioneks zu danken — , die auch zirka 30 Betten stellen kann, so kann man sagen, daß in Gießen aus dem ursprünglichen Provisorium der Kellerwohnung der Dermatologie eine würdige Stätte für Unterricht und Forschung entstanden ist.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Der Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin Geh. Med.-Rat Prof. August v. Wassermann wurde zum Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für experimentelle Therapie in Dahlem (bei Berlin) ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. August 1913 | Nr. 34 | Band 57

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität Parma
(Direktor: Prof. M. Pelagatti).

Bakteriologische Untersuchungen über Pemphigus.

Von

Dr. Mario Copelli, Oberarzt.

Vorläufige Mitteilung.

(Mit 2 Abbildungen.)

Seitdem von den Forschern die Lehre von der toxi-infektiösen Natur des Pemphigus aufgestellt worden — d. i. seit 1881 — sind die den Erreger dieser Krankheit betreffenden Untersuchungen in recht großer Anzahl aufeinander gefolgt. Leider haben aber dieselben bisher nur sehr spärliche Resultate geliefert: jeder Forscher fühlte sich dazu veranlaßt, die Befunde seines Vorgängers abzulehnen und dafür einen eigenen Mikroorganismus als den Erreger des Pemphigus zu bezeichnen. Andererseits aber war es bis jetzt niemals gelungen, aus dem Blute oder aus einer anderen Organflüssigkeit einen Mikroorganismus zu züchten, der es vermocht hätte, die Krankheit experimentell hervorzurufen.

Trotzdem wurden in den letzten Jahren manche Untersuchungen mitgeteilt, die ein gewisses Interesse darbieten. So wurde 1903 bis 1910 von Radaeli bei der Obduktion von sechs chronisch verlaufenen Pemphigusfällen fünfmal aus dem Knochenmark, der Milz und dem Blute — im Leben waren die Kulturen aus diesem letzteren negativ ausgefallen — ein kleiner Bazillus in Reinkultur bzw. im Verein mit andersartigen Keimen gezüchtet.

Die Inokulation eines solchen in Reinkultur erhaltenen Mikrobazillus hatte beim Kaninchen stets binnen kurzer Zeit den Tod infolge Septikämie, mitunter auch schwache Hautveränderungen zur Folge gehabt (Pasini). Beim Affen gelang es Radaeli, einen allgemeinen Erkrankungszustand wachzurufen, begleitet von einem Blasenausschlag, der jenem bei Pemphigus sehr ähnlich sah.

Ich habe selbst im März 1912 bei der Sektion eines chronisch verlaufenen Pemphigusfalles aus dem Knochenmark einen Mikroorganismus kultiviert, der ganz die gleichen Merkmale aufwies wie der von Radaeli angetroffene.

Digitized by Google

Wenn auch nicht in Abrede zu stellen ist, daß derartigen Untersuchungen tatsächlich eine Bedeutung zukommt, so dürften sie wohl kaum zur Annahme berechtigen, daß der Radaelische Mikroorganismus den Erreger des Pemphigus darstelle. Und dies aus folgenden Gründen:

1. Das fragliche Bakterium wurde aus den Organen bzw. dem Blute nur am Seziertisch gewonnen, während es im Leben ein beständig negatives Resultat geliefert hatte, was zur Annahme berechtigen könnte, es sei der in Rede stehende Mikrobazillus weiter nichts als ein zur Leichenflora gehörender Mikroorganismus.

2. Ein maßgebender Wert dürfte der experimentellen Reproduktion eines pemphigusähnlichen Ausschlages beim Affen wohl schwerlich zukommen, da ja bekanntlich (Brocq, Beyer, Pernet und Bulloch u. a.) derartige Ausschläge auch im Laufe von verschiedenen allgemeinen Infektionskrankheiten auftreten können, so daß es gar nicht so unwahrscheinlich ist, daß ein erwiesenermaßen so hochvirulenter Mikroorganismus, wie eben der fragliche, bei Radaelis Versuch einen pemphigusartigen Ausschlag hervorgerufen habe.

Sind aber diese Untersuchungen auch nicht ganz einwandfrei, so verdienen sie doch, wie anfangs bemerkt, eine gewisse Beachtung und es lohnt sich der Mühe, dieselben weiter fortzuführen.

Was mich anbetrifft, so hat ein an unserer Klinik im Dezember 1912 beobachteter Pemphigusfall mir die Gelegenheit geboten, eine weitgehende Reihe von einschlägigen Untersuchungen durchzuführen, die es mir gestattet haben, nicht nur die von Radaeli erzielten Resultate zu bestätigen, sondern auch für die Annahme, es sei der Radaelische Mikrobazillus der Erreger des Pemphigus neue Stützpunkte zu liefern.

Der Pemphigusfall, den ich zu meinen jüngsten Untersuchungen verwertet habe — ich werde denselben in einer neuen Arbeit eingehend besprechen — war bemerkenswert gewesen insbesondere durch seinen akuten Verlauf (Exitus nach anderthalbmonatlicher Krankheit) sowie durch das Auftreten von äußerst bedenklichen allgemeinen Erscheinungen, denen sich wenige Tage vor dem am 29. XII. 12 erfolgten Tode eine Arterienthrombose hinzugesellt hatte.

Bei diesem Falle habe ich im Laufe der Krankheit dreimal die kulturelle Blutuntersuchung vorgenommen, wobei folgendermaßen verfahren wurde:

Mittels einer sterilisierten Glasspritze wurde nach vorheriger Desinfektion der Haut mit Jodtinktur und Alkohol Blut aus den Armvenen entnommen. Zur kulturellen Prüfung wurden hierbei verwendet:

1. Zwei größere, je $^1/_2$ Liter Kalbsbouillon enthaltende Glaskolben; in jeden derselben wurden 5 ccm Blut gebracht.

Digitized by Google

2. Zehn kleinere Kolben mit je 150ccm Kalbsbouillon und je einem Blutstropfen.

3. Zwei Glaskolben zu den anaeroben Kulturen; dieselben enthielten je 100 ccm Kalbsbouillon und 1 ccm Blut.

4. Zahlreiche Kulturröhrchen, enthaltend Bouillonagar, Blutserumagar, geronnenes Blutserum, Aszitesflüssigkeit und noch andere spezielle Nährböden.

Es ergab sich: eine nur einmalige Entwicklung in einem der größeren Kolben bei der ersten Kulturprobe, eine zweimalige in den beiden größeren bei der zweiten und Entwicklung bei $^2/_3$ der Nährböden (die anaeroben mit einbegriffen) bei der dritten. Zu bemerken ist hierbei, daß diese letztere an dem der Arterienthrombose vorangehenden Tage ausgeführt worden war.

Die bakteriologische Untersuchung ergab die völlige Identität der in den verschiedenen Medien und bei sämtlichen Kulturproben zur Entwicklung gelangten Mikroorganismen; als deren Merkmale wurden folgende festgestellt: Kleiner Bazillus, $1^1/_2$—$2^1/_2$ μ groß, beweglich, an beiden Enden abgerundet; isoliert oder zu kleinen Gruppen bzw. kurzen, aus wenigen Gliedern bestehenden Ketten vereinigt; färbt sich mit den üblichen Anilinfarben, hält sich gegen Gram nicht und läßt sich sowohl aërobisch als auch anaërobisch kultivieren. Die optimale Entwicklungstemperatur schwankt zwischen 30 und 36°, doch entwickelt er sich gut auch bei etwas höherer bzw. weit niedrigerer Temperatur. Bouillon wird rasch (6—7 Stunden) und gleichmäßig getrübt; schon nach 24 Stunden ist am Boden ein weißlicher Niederschlag bemerkbar; nach vielen Tagen wird an der Oberfläche die Bildung eines zarten Häutchens wahrgenommen. Auf Agar gelingt es schwer, einzelne, voneinander getrennte Kolonien zu erzielen: die Oberfläche bedeckt sich statt dessen mit einem grauweißen Schleier.

Auf koaguliertem Blutserum, auf der Löfflerschen Platte, auf Gelatine kommen vereinzelte Kolonien zustande, die aber später zusammenfließen. Die soeben erwähnten Nährböden zerfließen zuerst entsprechend den Stellen der isolierten Kolonien, später aber vollständig. Milch wird zum Gerinnen gebracht; keine Erzeugung von Indol; die Züchtung gelingt leicht auch auf kohlenwasserstoffhaltigen Nährböden; die Reaktion dieser letzteren ist stets eine stark alkalische. Beim Altwerden verbreiten die Kulturen einen eigentümlichen, scharfen, unangenehmen Geruch wie nach verbranntem Leim, der die ganze Atmosphäre des Thermostaten erfüllt. Erfolgt die Züchtung auf isotonischen, frisches Blut enthaltenden Nährböden, so tritt starke, rasche Hämolyse ein, wobei der Nährboden eine rötliche Färbung annimmt. Diese Hämolyse hängt aber keineswegs mit dem Alkaligehalt

Digitized by Google

des Nährbodens zusammen, da dieselbe bereits nach 24—48 Stunden eine bedeutende ist, zu einer Zeit also, da der Nährboden seine Reaktion noch nicht geändert hat.

Die Merkmale des oben beschriebenen Bazillus stimmen mit jenen des zuerst von Radaeli und später von Pasini kultivierten vollkommen überein. Ein einziges Merkmal wurde von diesen Forschern nicht beachtet, u. zw. sein starkes hämolytisches Vermögen.

Bei der ersten und zweiten Kulturprobe zeigte sich der Mikroorganismus nur äußerst spärlich im Kreislaufe vorhanden — erst die mit 5 ccm Blut versetzten Medien hatten sich als positiv erwiesen. Das gleiche dürfte auch sonst unter gewöhnlichen Verhältnissen stattfinden.

Sehr reichlich vorhanden fand sich der Bazillus bei der dritten Probe, was meiner Ansicht nach auf ein Haftenbleiben desselben an den Gefäßwänden (Thrombose!) und auf einen wahren, dadurch bedingten septikämischen Zustand zurückzuführen wäre.

Experimentelle Untersuchungen am Kaninchen.

Der isolierte Bazillus erwies sich als ein im hohen Grade pathogener: die damit geimpften Tiere gingen nach 3—4 Tagen zugrunde, häufig unter Erscheinungen, die das Nervensystem betrafen; mitunter traten auch Nierenläsionen ein, aber keine Hautveränderungen. Ich beschloß nun zu ermitteln, ob denn der Mikrobazillus beim Übergange von Tier zu Tier — in Serien — eine Abschwächung erfahren und dadurch die Möglichkeit gewähren würde, eine Erkrankungsform zu schaffen, die den Hautveränderungen Zeit gelassen hätte, sich wahrnehmbar zu machen.

Das angestrebte Resultat wurde bei den Kaninchen des vierten und fünften Überganges auch wirklich erzielt; bei diesen dauerte nämlich die Krankheit etwa einen Monat, und es kamen hierbei recht interessante Hauterscheinungen zur Beobachtung; zuerst solche von Blutüberfüllung der Haarbälge und allgemeiner Haarschwund; hierauf erschien die Hautdecke nahezu gänzlich mit runden, linsen- bis centimegroßen, lamellaren Desquamationsflecken bedeckt; viele dieser letzteren zeigten sich feucht infolge seröser Imprägnation, bei anderen wieder bildete das reichlich vorhandene, unter einer dünnen Oberhautschicht angesammelte Serum eine wahre Phlyktäne.

Ich habe nun diesen Ausschlag als homolog mit dem beim Menschen beobachteten aufgefaßt, denn ebenso wie bei diesem letzteren kommt es auch beim Kaninchen zur Entstehung der intraepidermoidalen Blasen mit serösem Inhalte. Nur bricht hier wegen der anatomischen Beschaffenheit der Kaninchenkutis (äußerst zarte Oberhautschichten!) die Blase schon

Digitized by Google

bei ihrem Entstehen auf und trocknet sodann schnell wieder ein. Dergleichen Erscheinungen erhielt ich durch mehrmalige Einführung von starken Dosen von Toxibouillon, gewonnen durch Filtrierung einer 20 Tage alten Kultur mittels Kerze.

Experimentelle Untersuchungen am Affen.

Der zu untersuchende Mikrobazillus wurde einem 5 kg schweren männlichen Makaken mit 2 ccm 24stündg. Bouillonkultur endovenös einverleibt.

Nachdem etliche Tage hindurch Fieber und Niedergeschlagenheit bestanden hatten, erholte sich das Tier wieder; zurzeit ist dessen Befinden ein gutes. — Es hatten sich keinerlei Hauterscheinungen eingestellt.

Ein 4 kg wiegender weiblicher Makakus wurde — gleichfalls endovenös — mit 5 ccm 48stündiger Bouillonkultur behandelt.

Die Inokulierung erfolgte am 18. IV. 1913; in den darauffolgenden Tagen wurde folgendes wahrgenommen:

In den ersten 5 bis 6 Tagen anhaltendes, recht hohes Fieber, später wurde dasselbe unregelmäßig und ließ etwas nach; Niedergeschlagenheit, Abmagerung; nach zehn Tagen ist das Körpergewicht auf $2^1/_2$ kg herabgesunken. 10 Tage nach der Inokulation zeigten sich am Vorderhaupt zwei, am Unterleib drei linsengroße, oberflächliche, eine klare seröse Flüssigkeit enthaltende Blasen. In den nächstfolgenden Tagen, bis zum 29. Mai, sahen wir in jedem Körperteil neue Blasenausschläge auftreten.

Fig. 1.

Digitized by Google

Ganz ähnlich wie bei Pemphigus zeigten hier die Eruptionsgebilde zweierlei Typen: seröse und hämorrhagische. Sie waren alle ganz oberflächliche, ohne irgend welche Entzündungsreaktion von seiten der äußeren Normalhaut, zerstreut liegende, ohne spezielle Anordnung bzw. Gruppierungen, rasch sich entwickelnde und heilten ohne Narben zu hinterlassen; niemals wurde lokale Wucherung bemerkt.

Die die oben beschriebenen, experimentell hervorgerufenen Pemphigusmerkmale aufweisenden Versuchstiere habe ich in der Medizinischen Gesellschaft zu Parma (2. Sitzung, Mai 1913) vorgeführt und besprochen.

Fig. 2.

Die betreffenden photographischen Aufnahmen sind in den Abbildungen wiedergegeben. (Fig. 1, Affe am 18. Erkrankungstage. Fig. 2, Kaninchen am 30. Erkrankungstage.)

Mit dieser Reihe von Untersuchungen glaube ich neue wichtige Anhaltspunkte zur Lösung der Pemphigusfrage geliefert zu haben. Es wurden zunächst Radaelis und Pasinis Ergebnisse als zutreffend erkannt, und ich habe Radaelis Mikrobazillus nicht am Seziertisch, sondern während des ganzen Krankheitsverlaufes und stets in Reinkultur gezüchtet. Ferner habe ich durch recht deutliche Wiederhervorrufung der Krankheit beim Affen und auch beim Kaninchen die dermotropischen Eigenschaften des in Rede stehenden Mikroorganismus dartun können.

Digitized by Google

Aber eine noch andere — meinem Dafürhalten nach vielleicht wichtigere Erfahrung als die Hautmanifestationen — ist es mir geglückt, dabei zu gewinnen, d. i. die Möglichkeit bei Tieren Veränderungen des blutbildenden Systems hervorzurufen, mit ganz gleichen Merkmalen wie bei Pemphigus, von dem sie die einzig konstante, charakteristische Veränderung eben ausmachen.

Wie bei Pemphigus, so tritt auch bei den Tierversuchen ein chlorotischer Zustand der roten Blutkörperchen ein, bei gleichzeitigem Auftreten von jungen roten Gebilden im Kreislauf, sowie ein Zustand von Leukozytose, charakterisiert durch Lymphopenie, neutrophile und eosinophile Polynukleose, Mononukleose, Myelozytose, Myeloblastose.

Und ebenso habe ich auch bei den oben erwähnten Tieren eine ausgesprochene Hyperaktivität der blutbildenden Organe wahrgenommen; bei einem Kaninchen habe ich ausgeprägte Anzeichen einer myeloiden Umwandlung der Milz festgestellt.

Die besonders interessanten Untersuchungen, die ich hier erst flüchtig andeute, werden in einer späteren Arbeit ausführlich besprochen werden.

Spontaner Schwund der Warzen des Gesichtes nach chirurgischer Entfernung solcher der Handrücken.

Von

LOUIS MERIAN, Zürich.

Vor einigen Wochen hatte ich Gelegenheit, bei einem kleinen Jungen meiner Poliklinik multiple Warzen des Gesichtes, der Stirne, Ohrmuscheln, Streckseiten der Hände und Unterarme zu beobachten. Neben diesen juvenilen Warzen fanden sich auf dem linken Handrücken vier, auf dem rechten acht harte Warzen. Der Vater des Patienten erzählte, daß er selbst vor einigen Monaten eine große Warze auf der rechten Hand gehabt habe, um welche sich im Laufe einiger Wochen kleine, dunkle Wärzchen gebildet hätten. Er habe sich die Mutterwarze mit Salzsäure geätzt und in einigen Wochen vollkommene Heilung unter Narbenbildung erzielt. Die die Mutterwarze umgebenden Tochterwarzen sollen sich nach einiger Zeit ohne weitere therapeutische Eingriffe von selbst zurückgebildet haben. Seit mehreren Wochen weist der jüngste Sohn, mein kleiner Patient, im Gesicht, besonders in der Gegend der Mundwinkel, der Stirne und an den Ohrmuscheln eine Unmenge flacher Warzen auf. Die Hände und Unterarme sind ebenfalls befallen, an der linken Hand konnte ich etwa 20, an der rechten Hand und Unterarm über 40 Warzen zählen. Neben diesen weichen befinden sich auf dem linken Dorsum manus vier, auf dem rechten acht harte Warzen. Im Laufe der letzten Wochen haben die Warzen nicht nur an Zahl, sondern auch an Größe zugenommen und sind dunkler geworden. Der Vater hatte im Anschluß an die guten Erfolge, welche er durch Weg-

Digitized by Google

ätzen seiner großen Warze mit Salzsäure erzielt hatte, auch bei seinem Jungen einen Versuch gemacht. Nach Anwendung dieser Therapie bildeten sich aber in unmittelbarer Nähe der mit Salzsäure behandelten Warzen eine große Menge neuer. Durch diesen Mißerfolg in der väterlichen Therapie gelangte der Patient in meine Behandlung. Ich kratzte mit dem scharfen Löffel auf dem linken Handrücken die vier, auf dem rechten Handrücken die acht harten Warzen aus. Die mit dem scharfen Löffel gesetzte Wunde wurde mit dem Lapis betupft und das Ganze mit einem 10%igen Salizylpflaster zugedeckt. Als ich den Patienten nach 14 Tagen wieder sah, waren sämtliche Warzen des Gesichtes, der Hände und Unterarme nicht nur etwas größer und höher geworden, sondern auch dunkler verfärbt. Diese lokale Reaktion, welche im Anschluß an den therapeutischen Eingriff bei den nicht behandelten Warzen aufgetreten war, findet ihr Analogon in dem von Halberstädter (5) beobachteten Fall. Der von Halberstädter beschriebene Fall betrifft eine Patientin, bei welcher Halberstädter Röntgenstrahlen in schwachen Dosen zur Entfernung der Warzen angewendet hatte. Kurze Zeit nach der Bestrahlung stellte sich eine Volumenszunahme, ein entzündlicher Hof und ein heftiges Jucken in demselben ein. Zuletzt schwanden alle, selbst die nicht bestrahlten Warzen der anderen Hand.

Heute nach $2^1/_2$ Monaten sieht die Haut des Patienten vollkommen normal aus, von Warzen ist nichts mehr zu sehen. Das rasche Auftreten von Warzen bei Vater und Sohn legt den Gedanken einer vielleicht stattgehabten Übertragung nahe. Daß die Warzen des Jungen sehr leicht übertragbar sind, geht aus meinen Übertragungsversuchen hervor. Ich skarifizierte mich, nachdem ich mir den Gewebssaft einer frisch vom Patienten ausgekratzten Warze auf dem Mittelfinger der rechten Haud eingerieben hatte und schenkte der Stelle keine weitere Aufmerksamkeit. Im Verlaufe von zehn Wochen hat sich auf der Skarifikationsstelle eine hanfkorngroße solitäre flache Warze entwickelt.

Die von mir gemachte Beobachtung des Verschwindens von Warzen im Anschluß an die Behandlung solcher auf einer andern Körperstelle ist nicht neu. Galewsky (1) erwähnt in seiner Arbeit eine Beobachtung von Wälsch (2) und fügt zwei weitere Fälle hinzu, bei welchen durch therapeutisches Vorgehen gegen die Warzen der einen Hand diejenigen der andern Hand von selbst verschwanden. Galewsky zitiert einen weitern in der Wälschschen Arbeit angeführten Fall von Barcat (3). Bei dem Barcatschen Patienten sollen im Anschluß an eine Radiumbehandlung der einen Hand die Warzen der andern abgeheilt sein. Der erste Fall von Galewsky wies auf beiden Händen 100—200 harte Warzen auf. Die Behandlung bestand in Anwendung von Elektrolyse, bei einigen derselben sowohl auf der linken als auch auf der rechten Hand. Unter dieser Therapie schwanden auch die nicht behandelten. Der zweite Galewskysche Fall betrifft eine Patientin, welche wegen ihrer Warzen ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. Da die Röntgenstrahlen keine Wirkung ausgeübt hatten, wurden nach zwei Monaten die Warzen der einen Hand mit Elektrolyse behandelt. Kurz darauf schwanden auch diejenigen der andern, nicht bestrahlten Hand. Der von Nouell (4) beschriebene Fall betrifft eine „35jährige Frau mit multiplen Warzen auf beiden Handrücken und Fingern. Applikation von flüssiger Kohlen-

Digitized by Google

säure (1—1½ Minuten) auf einigen derselben, und zwar nur auf einer Seite. Nach 14 Tagen waren dieselben geheilt, in 4—5 Wochen später verschwanden auch alle die übrigen spontan ohne Behandlung". (Referat von Gunsett, Dermat. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Halberstädter (5) beobachtete einen ähnlichen Fall von flachen Warzen der Hände bei einer 35jährigen Patientin. Nach vielen vergeblichen therapeutischen Versuchen bestrahlte H. je einen kleinen Herd der linken und der rechten Hand mit Röntgenstrahlen. Nach einiger Zeit fingen die bestrahlten Warzen zu schwellen und zu jucken an. Die sie umgebende normale, nicht bestrahlte Haut zeigte nicht die geringsten Veränderungen, so daß man nicht von einer Überdosierung oder Idiosynkrasie sprechen konnte. Diese Reaktion trat auch bei den nicht bestrahlten, während der Bestrahlung mit Bleiblech zugedeckten Warzen auf und dauerte ungefähr eine Woche; im Anschluß daran schwanden sowohl die bestrahlten als auch die unbestrahlten Warzen vollkommen. Einen ganz analogen Fall hat Delbanco (6) beobachtet, bei seinem Patienten schwanden die Warzen der linken unbestrahlten Hand im Anschluß an die Röntgenbestrahlung der rechten Hand. Eine auf drei Sitzungen verteilte Erythemdosis genügte, um diesen therapeutischen Erfolg zu erzielen.

Literatur.

1. Galewsky, Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen in Anschluß an die Behandlung. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 20. — 2. Wälsch, Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37, S. 1968. — 3. Barcat, Soc. franç. de Derm. et de Syph., 7. Juli 1910. — 4. Nonell, J., Seltener Heilungsprozeß von einfachen Warzen. Actas dermosifiligraficas, 1912, IV, Ref. Gunsett, Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 48. — 5. Halberstädter, Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbehandlung einer kleinen Anzahl derselben. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 50. — 6. Delbanco, Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 50.

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm (Vorstand: Prof. Dr. J. Almkvist).

Über kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhöe.

Von

Dr. Karl Hedén, Assistenzarzt.

Seit ungefähr einem Jahre bin ich auf der Abteilung Prof. Almkvists mit therapeutischen Versuchen über die Anwendbarkeit kolloidalen Schwefels bei verschiedenen Hautkrankheiten beschäftigt. Da ich

Digitized by Google

bei kokkogenen und anderen parasitären Hautkrankheiten die beste Wirkung zu erhalten glaubte, schienen mir Versuche mit kolloidalem Schwefel auch bei anderen Bakterienkrankheiten, interessant und mit Erlaubnis meines Chefs, Prof. Almkvist, wählte ich die Gonorrhöe für diese Versuche.

Soviel ich in der Literatur gefunden habe, sind Schwefelpräparate gegen Gonorrhöe nur von A. Horst versucht[1]). Er verwendete bei der Gonorrhöe sowohl des Mannes als des Weibes das lösliche Schwefelpräparat Thiopinol und fand eine gute therapeutische Wirkung bei beiden Geschlechtern.

Das Präparat, welches zu meiner Verfügung stand, war eine Lösung kolloidalen Schwefels, der nach der Methode Prof. Th. Svedberg von der Akt.-Ges. „Kolloid" in Stockholm hergestellt ist. Diese Lösung reagiert schwach sauer, ist opalizierend graugelb und behält, wenn sie richtig hergestellt ist, ihre kolloidalen Eigenschaften unverändert während ungefähr eines Monats, ohne daß ein Niederschlag am Boden entsteht. Mit Alkali ist die Lösung leicht, mit Säuren schwerer fällbar. Auch kann man den Schwefel mit gesättigter Kochsalzlösung ausfällen, und diese Fällung kann, wenn sie feucht aufbewahrt wird, wieder in Wasser gelöst werden, wodurch man eine Schwefellösung verschiedener Konzentration leicht erhalten kann.

Mit diesem kolloidalem Schwefel habe ich Gonorrhöe teils bei Männern, teils bei Frauen behandelt. Die Fälle der Männer habe ich der Übersichtlichkeit wegen in drei Abteilungen aufgestellt.

I. Fälle von Urethritis anterior ohne Komplikationen. Sie sind teils mit Einspritzungen im vorderen Teil der Harnröhe von $1\frac{1}{2}$—4 %iger kolloidaler Schwefellösung dreimal täglich, teils mit Janetschen Spülungen von 0,5—1 %iger ähnlicher Lösung zweimal täglich behandelt. Die Details dieser Fälle ergeben sich aus der beistehenden Tabelle.

Fall	Beginn der Behandlung nach dem infizierenden Koitus	Gonokokken verschwunden aus dem Sekrete nach	Dauer der Behandlung	Beobachtungszeit nach dem Ende der Behandlung	Das Sekret beim Ende der Beobachtungszeit
1	10 Tage	2 Tage	8 Tage	5 Tage	0 Gon. 0 Eiter
2	8 „	2 „	10 „	8 „	do.
3	12 „	2 „	12 „	37 „	do.
4	7 „	1 Tag	8 „	14 „	do.
5	5 „	1 „	8 „	6 „	do.
6	8 „	2 Tage	10 „	20 „	do.
7	10 „	2 „	12 „	13 „	do.

[1]) A. Horst, Thiopinol (Matzka), ein neues lösliches Schwefelpräparat, seine Anwendungsformen und Indikationen in der Gynäkologie. Ther. d. Gegenw., 1907.

Digitized by Google

II. Fälle von Urethritis anteroposterior ohne Komplikationen. Sie sind alle mit Spülungen von 0,5—1 %iger kolloidaler Schwefellösung nach der JANETschen Methode zweimal täglich behandelt. Siehe weiter die folgende Tabelle.

Fall	Beginn der Behandlung nach dem infizierenden Koitus	Gonokokken verschwunden aus dem Sekrete nach Behandlung von	II. Portion klar nach Behandlung von	Dauer der Behandlung	Beobachtungszeit nach dem Ende d. Behandlung	Das Sekret beim Ende der Beobachtungszeit
1	3 Wochen	2 Tage	8 Tage	21 Tage	30 Tage	0 Gon. 0 Eiter
2	2 „	2 „	4 „	14 „	5 „	do.
3	2 „	2 „	20 „	30 „	4 „	do.
4	3 „	3 „	2 „	14 „	120 „	do.
5	3 „	3 „	14 „	20 „	4 „	do.
6	4 „	3 „	1 Tag	14 „	3 „	do.
7	4 „	4 „	6 Tage	25 „	5 „	do.

III. Fälle von Urethritis anteroposterior mit verschiedenen Komplikationen. Diese Komplikationen sind in gewöhnlicher Weise behandelt und die Urethritis anteroposterior wie die Fälle in Gruppe II mit Spülungen nach der JANETschen Methode. Beistehende Tabelle zeigt den Verlauf der Fälle.

Fall	Art der Komplikation	Gonokokken verschwunden aus dem Sekrete nach Behandlung von	II. Portion klar nach Behandlung von	Dauer der Behandlung	Beobachtungszeit nach dem Ende d. Behandlung	Das Sekret beim Ende der Beobachtungszeit
1	Follikulit.	2 Tage	1 Tag	2 Wochen	25 Tage	0 Gon. 0 Eiter
2	„	2 „	2 Tage	2 „	4 „	do.
3	„	2 „	3 „	2½ „	4 „	do.
4	Epididymit.	3 „	7 „	3 „	7 „	do.
5	Follikulit. + Prostatit.	4 „	8 „	3 „	6 „	do.
6	Epididymit.	7 „	10 „	4 „	6 „	do.
7	„	7 „	2 „	3 „	7 „	do.
8	„	11 „	12 „	3 „	11 „	do.

Bei Frauen habe ich zehn Fälle von Gonorrhöe mit kolloidalem Schwefel behandelt. Von den Urethriten, welche mit Spülungen in die Blase von 1—2 %iger Lösung zweimal täglich behandelt wurden, waren zwei Fälle nach Behandlung während vier Tagen ohne Gonokokken im Sekret und nach fortgesetzter Behandlung während zehn Tagen von ihrer Urethritis geheilt, was durch eine Observationszeit von einem Monat bewiesen wurde. Bei den übrigen acht Urethriten verschwanden die Gonokokken nicht während der Behandlung. Die Zerviziten, welche mit 10 %iger Schwefellösung zweimal täglich tuschiert wurden, sind durch diese Behandlung nur sehr wenig gebessert. In einem Falle von Bar-

Digitized by Google

tholinitis verschwanden die Gonokokken sehr schnell nach Einspritzungen von 4 % iger Kolloidschwefellösung.

Eine Reizwirkung haben diese Behandlungen nur in gewissen Fällen erregt. Die Männer haben die Einspritzungen bis 4 % und die Janet-schen Spülungen bis 1 % gewöhnlich ohne größere Schmerzen vertragen können. Dagegen haben mehrere von den Frauen nach den Blasenspülungen mit 2 % iger Lösung über heftige Schmerzen geklagt, und die Behandlung der Uterusgonorrhöe hat oft einen so schweren Reiz hervorgerufen, daß wir die Behandlung aussetzen mußten.

Schluß. Daß der kolloidale Schwefel eine gewisse nicht unbedeutende gonokokkentötende Wirkung ausübt, scheinen mir die oben beschriebenen Versuche darzulegen. Zwar ist diese Wirkung nicht so kräftig wie diejenige der Silbereiweißverbindungen und der übrigen gewöhnlich verwendeten Mittel gegen Gonorrhöe und hat also jetzt keinen praktischen Wert, aber ich finde es doch in theoretischer Hinsicht interessant, daß der Schwefel, dessen antiparasitäre Wirkung bis jetzt nur in der Dermatologie Verwendung gefunden hat, sich als ein deutliches Antigonorrhoikum gezeigt hat. Es ist außerdem nicht unmöglich, daß man neue Schwefelverbindungen finden kann, deren antigonorrhoische Wirkung dem ungebundenen kolloidalen Schwefel weit überlegen ist.

Zur Technik intravenöser Salvarsaninjektionen.

Von

Dr. Carl Stern,

Direktor der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Hr. Linser-Tübingen glaubt bei mir „großen Eifer“ entdeckt zu haben, meine „sogenannte Priorität bezüglich der Anwendung konzentrierter, intravenöser Salvarsaninjektionen zu wahren“. Er befindet sich in einem Irrtum, den er leicht durch Studium meiner Bemerkungen hätte aufklären können. Ich habe lediglich Hrn. Strauss gegenüber, der trotz des ihm übersandten Sonderabdruckes in Nr. 18 dieser Wochenschrift von meiner Mitteilung keine Notiz nahm, betont, daß Hr. Strauss an der Frage kein sonderliches Verdienst habe. Wer den Gedanken zuerst in die Tat umgesetzt hat, steht nicht fest; ich lasse die Ehre gern Hrn. Linser. Mir schien das Wichtigste die Erprobung an einem großen Material und die Bekanntgabe der Methodik an die Allgemeinpraktiker.

Digitized by Google

Versammlungen.

XII. Pirogowscher Kongreß zu St. Petersburg.

25. Mai bis 5. Juni 1913.

Sektion für Hautkrankheiten.

Verkürztes Referat nach der Wratschebnaja Gaseta 1913, Nr. 24, S. 900.

Sitzung vom 31. Mai.

Kupernik-St. Petersburg gab ein Referat **über die Sporotrichosis.**

Diskussion: Bogoljepow-Tomsk ist der Ansicht, daß die jetzt beschriebenen, neuen Formen in der Art von Blastomykose, Sporotrichosis usw. die Frage nur komplizieren. Alle müssen als Granulome angesehen werden, die vielleicht besser zu den Mykosen gezählt werden sollten.

Wjewiorowski-Moskau betont die praktische Wichtigkeit der richtigen Diagnose.

Wjewiorowski-Moskau sprach über die **Mikrobiologie der Sporotrichosis.** Die in einem Fall von Sporotrichosis vom Verfasser angestellten, experimentellen Untersuchungen ergaben, daß der von ihm gefundene Parasit einen viel komplizierteren Entwicklungszyklus durchmacht, als man im allgemeinen annimmt. Er glaubt, daß der Parasit der Sporotrichosis nach Art der Sporozoen zwei Vermehrungszyklen durchmachen kann, den ungeschlechtlichen und den geschlechtlichen, und ist der Ansicht, daß die bisher bekannte Form nur das saprophytische Stadium der Entwicklung darstellt, welches beim Eindringen des Parasiten in den menschlichen Organismus in das parasitäre übergehen und später von neuem zum saprophytischen zurückkehren kann.

Prof. v. Petersen-St. Petersburg sprach über **Blastomykosis.** Im Laufe der letzten fünf Jahre hat P. 19 Fälle von Blastomykose untersucht, wobei er zur Färbung der Pilze entweder eine schwache Fuchsinlösung (zwei bis drei Tropfen auf 100 l Wasser) oder die Burrische Lösung benutzte. Abgesehen von JK bediente sich Verfasser bei der Behandlung noch der Anwendung der Hitze in Gestalt von heißen Wasserbeuteln, die er in einer Temperatur von 45°, eine Stunde lang, auf der erkrankten Partie halten ließ. Auch das Salvarsan bewährte sich und in einem Fall besser als JK.

Diskussion: Bogoljepow erkundigt sich, auf welche Weise die Diagnose mikroskopisch gestellt werden kann?

Petersen erwidert, die Diagnose wurde nicht nur mikroskopisch, sondern auch klinisch gestellt.

Terebiosky-Savatow meint, daß die Diagnose in jedem Fall nicht nur mikroskopisch klinisch, sondern auch pathologisch anatomisch gestellt werden müsse und daß die Fuchsinfärbung nicht genüge. Salvarsan und Hitze geben auch bei anderen Krankheiten ein gutes Resultat.

Wjewiorowski-Moskau hält die Heißwasserbehandlung für sehr wertvoll.

Sitzung vom 3. Juni.

Prosskurjakow-St. Petersburg sprach **über den augenblicklichen Stand der Frage der Behandlung der Hautkrankheiten nach der Methode von Prof. Finsen,** wobei er sich auf die 272 in den letzten sechs Jahren im Kalinkinhospital behandelten Kranken stützte. Sehr schwierig ist es zu bestimmen, wann der Kranke geheilt ist. Bei 13 in steter Beobachtung und Behandlung befindlichen Kranken sind Rezidive ausgeblieben. Unter 88 ambulatorischen Kranken sind 7 Fälle ganz und 17 fast geheilt

Digitized by Google

worden. Am besten eignet sich die Finsenbehandlung für die trockenen, flachen Lupusformen. Die ulzerierten Formen heilen sehr langsam.

Prof. Kurginski-Jurjew sprach **über die schützende Methode der Behandlung von Dermatitiden, traumatischen und ulzerösen Prozessen der Haut.** An Stelle des gewöhnlichen Salbenverbandes, welcher bei der Abnahme starke Schmerzen verursacht, wendet Verfasser Guttaperchapapier an, welches direkt auf den geschwürigen Prozeß zu liegen kommt, worüber er Watte und eine Binde anlegt. Unterhalb des Guttaperchapapieres kann man jede Salbe anwenden; er zieht wässerige Lösungen vor.

Diskussion: Solowjew-St. Petersburg meint, daß diese Methode einerseits der Volksbehandlung mit Wegerich, andererseits dem Baintschen Verbande gleicht.

Nikiforow-Odessa und Gundorow-St. Petersburg sind der Ansicht, daß unter diesem Verbande sich Eiter ansammeln müsse.

Referent entgegnete, daß dieses bei mehrfachem Wechseln des Verbandes am Tage vermieden werde.

Nemenow-St. Petersburg: **Die Röntgentherapie in der Dermatologie.** Bei 66 Fällen von Favus und 136 Fällen von Trichophytie ergab die Röntgentherapie sehr gute Resultate. Die Nägel der Kranken müssen aber beschnitten werden. Bei Sykosis war der Erfolg ein guter, aber es kamen Rezidive vor. Die Akne vulgaris erwies sich als ein gutes Objekt für die Röntgenbehandlung, die Akne rosacea dagegen weniger. Die ulzeröse wie hypertrophische Form des Lupus vulgaris wird durch die Röntgenstrahlen gut beeinflußt, die Traumen weniger. Die Tuberkulose der Haut verheilt unter dieser Behandlung schnell, der Lupus erythematodes träge. Der oberflächliche Krebs des Gesichtes heilt gut, tiefergehende Formen desselben heilen schlecht. Das Rhinosklerom wird unter Röntgenstrahlen geheilt. Psoriasis vulgaris schwindet schnell, kehrt aber wieder. Ebenso sind auch beim Ekzem Rezidive häufig. Die Mykosis fungoides wird von den Röntgenstrahlen gut beeinflußt, aber die Kranken sterben an Mykosis der inneren Organe.

Diskussion: Gundorow-St. Petersburg findet die von Prosskurjakow bei Lupus vulgaris durch die Finsenbehandlung erzielten Resultate nicht besser als diejenigen durch andere Methoden.

Eliasberg-Riga rät, bei Trichophytie nicht nur dem Kranken die Nägel zu beschneiden, sondern auch noch die Finger zu verbinden. Arthur Jordan-Moskau.

Fachzeitschriften.

Dermatologia.

(Russisch.)

1913, Bd. 1, Juni.

1. Zur Frage der Pseudofurunculosis Finger, von Schiperskaja. Auf Grund von zehn Beobachtungen von Pseudofurunkulosis am Kalinkinhospital zu Petersburg spricht sich Verfasserin folgendermaßen über diese Krankheit aus: Bei der Pseudofurunkulosis beteiligen sich weder die Talgdrüsen, noch die Haarfollikel. In der Mehrzahl der Fälle, in sechs unter zehn, fanden sich Staphylokokken im Blut und war somit der Ursprung der Abszesse ein hämatogener. Bei diesen Kranken waren die Abszesse in den mikroskopischen Präparaten um die Gefäße angeordnet, welche Staphylokokken enthielten. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer Pyämie, und eine Besserung wurde durch Anwendung eines polyvalenten Antistaphylokokkenserums zu 10,0, über einen Tag per clysma, erzielt. In den übrigen vier Fällen, wo die Staphylokokkus im Blut fehlten, enthielten

Digitized by Google

auch bei den mikroskopischen Präparaten die Gefäße keine solchen, so daß der Ursprung der Abszesse unklar blieb. Eins ließ sich nur beobachten, daß der Verlauf der Krankheit in diesen Fällen ein leichter war und daß die Lösung schon unter lokaler Anwendung von Ung. Credé eintrat.

2. Zur Lehre der Parapsoriasis en plaques Brocq, von Mühlmann. Beschreibung einer Beobachtung dieser Krankheit bei einem 25jährigen Mann, der aber keine Biopsie zuließ.

3. Ein Fall von tertiärer Syphilis mit dem Charakter eines sekundären Ausschlages, von Dognew. Bei einem 29jährigen Mann mit völliger Zerstörung der rechten Partie des weichen Gaumens, der Gaumenbögen, wie des Septum nasi und einem Ulkus tertiärer Natur auf der hinteren Rachenwand fand sich auf dem Körper ein papulöser Ausschlag, in Form von 5—10 cm im Durchmesser großen, hellroten, ein wenig infiltrierten Flecken, die nicht schuppten.

Unter spezifischer Behandlung schwand der Ausschlag.

4. Zur Frage der Infektiosität des Molluscum contagiosum, von Gundorow. Vorhandensein von Molluscum contagiosum bei einem 1 Jahr 2 Monate alten Kinde, dessen Mutter auch an Molluscum contagiosum litt, und zwar gerade an den Partien, welche beim Saugen der Haut der Mutter anlagen, nämlich auf dem Gesicht und auf der Hand.

Arthur Jordan-Moskau.

Revue clinique d'Urologie.

Mai 1913.

1. Die Nierentuberkulose, von Th. Rovsing. Verfasser bespricht zunächst eingehend die Symptomatologie und die Diagnose der Nierentuberkulose. Bezüglich der Prognose haben sich die Anschauungen bedeutend geändert; ausschlaggebend für sie ist, daß die Krankheit rechtzeitig erkannt und zur Operation gebracht wird. Die medikamentöse Therapie hält Verfasser auch bei leichten Fällen für gefährlich. Ist durch Nephrektomie der primäre Herd entfernt, so muß dafür gesorgt werden, daß die infizierte Blase ausheile, damit sie nicht zu neuerlicher Progression des Leidens führe. In verzweifelten Fällen kann durch entsprechende palliative operative Eingriffe (Ureterostomie usw.) weitgehende Erleichterung geschaffen werden. Ja es kann sogar bei aszendierender Tuberkulose durch die Ureterostomie der Prozeß zum Stillstand gebracht und die Niere gerettet werden.

2. Neue Befunde über die Ätiologie der Hydro- und Pyonephrosen, von N. A. Mikhailow-St. Petersburg. Bericht über eine Kranke, bei der ein Divertikel am Blasenende des Ureters zu einer intermittierenden Hydronephrose geführt hatte. Die Ursachen der Hydro- und Pyonephrosen sind: Verlagerung und Beweglichkeit der Niere, Kontusionen der Niere und des Ureters, Atonie des Ureters, Tumoren, Kompression des Ureters durch Tumoren der Nachbarorgane (Uterus) und entzündliche Vorgänge im Nierenbecken. Dazu müssen nun auch Bildungsanomalien des Ureters gerechnet werden, die sich sowohl am Nieren- wie am Blasenende lokalisieren können. Kombination dieser Anomalien mit Nierenptosis begünstigt natürlich erst recht das Entstehen einer Hydronephrose.

3. Die Radiographie der Harnwege, von J. M. Judt-Warschau. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Multiple Blasensteine, von Ch. Terron-Avignon. Der 44jährige Kranke leidet fast seit 30 Jahren an mäßiger Pollakiurie; der Urin ist sehr sedimentreich. Plötzlich bekam er ohne Ursache eine Hämaturie. Die Untersuchung ergab Blasensteine, und

Digitized by Google

es wurden auf operativem Wege 20 Steine im Gewichte von 10—40 g entfernt. Zusammen wogen sie 380 g. Bemerkenswert an diesem Falle ist die lange Dauer, der schleichende Verlauf der Affektion und die Geringfügigkeit der Beschwerden. Verfasser weist darauf hin, daß es notwendig sei, bei Kranken mit Pollakiurie systematisch auf Blasensteine zu untersuchen.

5. Steine der Prostata und der Urethra prostatica, von M. A. Moucharinsky. Der 50jährige Kranke klagte über häufige Miktionen, trüben Urin und schmerzhafte Sensationen im Anus. Die Untersuchung ergab eine vergrößerte, höckerige Prostata, deren stellenweise verdünnte Wand Krepitation fühlen ließ. Die hintere Harnröhre ist verengt, und mit dem Endoskop wurde ein Stein konstatiert. Bei der Operation wurde dieser sowie drei weitere Steine aus der Prostata entfernt. Die Höhle in der Prostata kommunizierte nicht mit der Urethra. Die Steine bestanden aus Phosphaten; der Urethralstein war offenbar primär.

6. Behandlung der gutartigen Blasenpapillome durch Hochfrequenzströme mit Hilfe eines Zystoskopes, von E. Beer-New York. Die Hochfrequenzströme werden mittels eines eigenen Zystoskopes auf den Tumor appliziert. Die Einfachheit der Applikationsweise und die Raschheit, mit der die Tumoren zerstört werden, sichern der Methode eine gute Zukunft.

7. Behandlung der Blennorrhagie und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzine, von Drobini. Die Vakzinetherapie ist völlig gefahrlos. Es ist nicht notwendig, den opsonischen Index zu bestimmen, da die klinischen Symptome hinreichen, um eine Individualisierung der Behandlung zu ermöglichen. Die Allgemeinsymptome, die durch die Vakzine hervorgerufen werden, sind keine Kontraindikation für die Fortsetzung der Vakzinetherapie. Diese hat auf die Erkrankung der Schleimhäute keinen Einfluß, dennoch soll bei gewöhnlicher Blennorrhoe mit Vakzine behandelt werden, da hierdurch Komplikationen vermieden werden. Bei Blennorrhagie der Organe und Gewebe wirkt Vakzine spezifisch. Gemischte Behandlung kürzt die Krankheitsdauer ab. Anatomische Anomalien verlangen eigene Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Über die krankhaften Geschwülste, von Galenos. Übersetzt von Paul Richter. (Klassiker der Medizin, Bd. 21.) Der als Forscher in der Geschichte der Medizin bekannte Übersetzer hat sich ein Verdienst erworben, daß er die vorliegende Abhandlung Galens übersetzt und einem größeren Leserkreise zugänglich gemacht hat. Obwohl Galen unter krankhaften Geschwülsten vieles subsumiert, was unseren Anschauungen nach nicht hinzu gehört, so ist es doch interessant, das Schriftchen durchzulesen und die Beobachtungen und Beschreibungen des alten Meisters zu bewundern. Sein Werk hat auch bis auf Rokitanskys und Virchows Zeiten großen Einfluß ausgeübt. Nähere Details müssen dem Originale entnommen werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Die Behandlung der Furunkulose und der Sycosis coccogenes mit dem Staphylokokkenvakzin „Opsonogen", von Ludwig Zweig-Dortmund. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Opsonogen ist eine Staphylokokkenemulsion, durch deren

Digitized by Google

Injektion die Phagozytose erhöht werden soll. Sie kommt in Ampullen zu 100 und 500 Millionen Bakterien in den Handel (Chemische Fabrik Güstrow.) Die Injektionen werden subkutan (am besten in der Interskapulargegend) gemacht. Verfasser rühmt die besonders auffällige Wirkung bei Furunkulose, aber auch der Sycosis coccogenes, und führt hierzu einige kurze Krankengeschichten auf. Viktor Caesar-Dresden.

Die Behandlung der Pyodermitis durch lokale Applikation von Ziehlschem Fuchsin, von Triboulet. (Le Nourisson, Jan. 1913.) Bei der Staphylokokkenimpetigo der Kinder gibt T. folgendes Behandlungsverfahren an: Mit verdünnter Alibourscher Lösung oder einer Zinksulfatlösung $^1/_{1200}$ entfernt man zuerst den äußeren Teil der Krusten, der leicht abgeht. Dann wird jede einzelne vorstehende Kruste mit einem in Ziehlsche Lösung: Puchsin 1,0, Alcohol. abs. 10,0, Acid. carbol. 5,0, Aq. dest. 100,0, getauchten Tampon betupft. Die Lösung trocknet sofort und bildet einen roten Firnis, der jedes impetiginöse Element isoliert. Das Verfahren wird täglich wiederholt, und man sieht oft in wenigen Tagen die Kruste bis auf Punktform zusammenschrumpfen. Hebt man diesen letzten Rest der Kruste ab und deponiert ein wenig Fuchsin auf die darunter liegende Läsion, so findet man oft schon am anderen Tage die Stelle überhäutet. Doch dürfen nur die Krusten, nicht die normale Haut betupft werden. Auf frisch impetiginösen Ekzemstellen bekommt man leicht eine Reizung, und man tut gut, die Applikation auf die in zerstreuten Herden auftretende Impetigo zu beschränken. Dieselbe Methode kann auch bei Ekthyma, bei konfluierenden Varizellenkrusten und infizierten Pemphigusplaques sowie bei verschiedenen Pyodermien, besonders Eiterungen am Ohr und an der Nase, verwandt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Heilversuche mit Wassermannscher lokaler Immunisierung auf der Haut, von S. Beck-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 26.) Beck faßt das Resultat seiner Versuche in folgendem zusammen: 1. Die oberflächlichen staphylokokkogenen Infektionen der Haut, Follikulitis, Pusteln, Furunkel der Erwachsenen, heilen bei Verwendung von Histopin zumeist rasch. In solchen Fällen stellt sich vollkommene Heilung oft schon nach 3—4 Tagen, mit der Vertrocknung der eitrigen Bläschen, Aufhören der Hyperämie und Absorption des Infiltrates ein. Manchmal stellten sich nach den ersten Einpinselungen plötzlich kleine oberflächliche Pusteln ein (Kutanreaktion), das hindert aber nicht an der weiteren Behandlung, denn so schnell sie entstanden sind, so schnell verschwinden sie wieder während der Behandlung. 2. Auf tiefere Infiltrate übt die Histopingelatine eine viel geringere Wirkung aus. Wenn die Eiterbildung und das Verschmelzen der Gewebe schon den Anfang genommen haben, ist die chirurgische oder sonstige Behandlung unvermeidlich (Hg oder Salizylseifenpflaster usw.). Manchmal aber kann auch in solchen Fällen die Abnahme der Entzündungssymptome bei der Anwendung der Histopingelatine beobachtet werden. Kleinere konsistente Infiltrate können unter günstigen Verhältnissen ganz resorbiert werden. 3. Die Läsionen der Impetigo reagieren manchmal gut, manchmal überhaupt nicht auf Histopinbehandlung. Das veränderliche Verhalten ist wahrscheinlich mit der Ätiologie der Impetigo im Zusammenhange, da nicht nur Staphylokokken, sondern auch Streptokokken als Krankheitserreger figurieren können. 4. Wie es scheint, entwickelt sich in den mit Erfolg behandelten Fällen auf der eingeschmierten Hautfläche eine längere Zeit anhaltende Immunität gegen Staphylokokkeninfektion. In einem Falle stellte sich nach vier Wochen ein Rezidiv ein, zum Zeichen dessen, daß nach dieser Zeit die Immunität aufgehört hat. 5. Nach Becks Erfahrungen pflegt Histopin seine Heilwirkung rasch zu entfalten. In Fällen, in denen sich bis zum Ende der ersten Woche keine wesentliche Besserung einstellt, kann man vom Histopin nicht mehr viel erwarten. Es ist zweckmäßig, die Behandlung einzustellen und mit einer sonst üblichen Behandlung zu beginnen. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Über ein kleinblasiges Exanthem auf Sumatra, von A. Leber-Göttingen. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, Heft 15.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, auf Sumatra drei Fälle einer pockenähnlichen Erkrankung zu beobachten, die trotz ausgedehnter Krankheitserscheinungen nur zu einer geringen Mortalität führte. Charakterisiert ist die Erkrankung durch das Auftreten stecknadelkopf- bis hirsekorngroßer Bläschen, deren Spitzen grauweiß gefärbt sind, und die bisweilen eine Neigung zum Konfluieren haben, so daß dann etwas größere runde oder ovale Infiltrationen entstehen, welche ebenso wie die einzelnen Knötchen unter leichter Vernarbung abheilen. Da den Bläschen im Gegensatz zu sonstigen Variolaerkrankungen die Neigung zur Suppuration fehlt, spricht Leber von „kleinblasigem Exanthem". Die Erkrankung verläuft in 8 bis 10 Tagen ohne höheres Fieber und geringer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; die Konjunktivae sind meist mit befallen. Es folgt eine ausführliche Beschreibung der mikroskopischen Untersuchung des Bläscheninhalts, wobei weitere Analogien mit pockenähnlichen Erkrankungen sich herausstellten. Lasch-Breslau.

Leukoplakie ohne vorhergegangene Syphilis, von Queyrat und Bouttier. (Bull. med., 1913, Nr. 1.) Ein Kranker hat Leukoplakie der Mundwinkel und einen Primäraffekt der Unterlippe. Diese Beobachtung zeigt, daß die Syphilis nicht stets die Ursache der Leukoplakie ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Ätiologie und Therapie der Akne, von Ernest Dwight Chipman-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 22. Febr. 1913.) Der Vorläufer der Aknepapeln und -pusteln ist der Komedo, der auf den seborrhoischen Fäden, die aus den Talgdrüsenausführungsgängen ausgedrückt werden können, beruht. Diese Fäden enthalten zahllose Sabouraudsche Mikrobazillen der Seborrhoe oder den Bacillus aknes von Gilchrist. In den Aknepusteln sind nicht nur die Mikrobazillen, sondern häufig verschiedene Formen von Kokken vorhanden. Über die Rolle des Aknebazillus und der Staphylokokken bei der Suppuration sind die Meinungen sehr geteilt. Die Therapie besteht aus allgemeinen und lokalen Maßnahmen. Zu den allgemeinen gehören die Regelung der Verdauung, die Beseitigung von Unterleibserkrankungen und Zirkulationsstörungen und die Vakzinetherapie, die in einem großen Prozentsatz Heilungen erzielt, jedoch stets in Verbindung mit anderen Methoden anzuwenden ist. Die lokale Behandlung kann eine chirurgische, chemische, elektrische und mechanische sein. Der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung liegt in der Offenhaltung der Follikelmündungen, wobei eine 10—15%ige Resorzinpaste die besten Dienste leistet. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der Akne vulgaris mit Autovakzine, von Potter. (Long Island med. Journ., Okt. 1912.) Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle meist Aknebazillen oder Staphylococcus albus bei Akne gefunden werden, so sind doch nur von dem einzelnen Falle selbst hergestellte Autovakzinen erfolgreich, und selbst diese müssen mit den gewöhnlichen lokalen Behandlungsmethoden kombiniert werden, wenn Erfolge erreicht werden sollen, die trotzdem in einzelnen Fällen ausbleiben.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Strahlenbehandlung der Akne vulgaris, von Thedering-Oldenburg. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, Heft 4.) Die Schwefeltherapie gibt keine Dauerresultate, zweifelhaft ist der Erfolg der Schälkuren. Schon besser wirkt die Behandlung mit dem Heißluftstrahl, hat aber den Nachteil, daß dieser täglich angewandt werden muß, um wirksam zu sein. Das Gesicht wird aus ca. 20 cm so heiß wie möglich bestrahlt; es tritt eine starke Zufuhr arteriellen Blutes ein. Alsdann wird das Gesicht mit einer in 2%iger Liqu. al. acet.-Lösung getränkten Kompresse bedeckt und nun zehn Minuten lang massiert. Nebenher sind heiße Seifenwaschungen und weiße Präzipitatsalbe indiziert.

Digitized by Google

Mit der Quarzlampe hat Verfasser nur zum Teil günstige Erfolge gesehen. Bei oberflächlicher Akne leistet das Blaulicht Gutes, bei derberen Akneknoten wirkt es unzureichend.

In einer großen Reihe von Fällen dagegen hat Verfasser mit den Röntgenstrahlen ausgezeichnete Heilerfolge bei der Akne vulgaris erzielt. Er verwendet Röhren mittleren Härtegrades und gibt in 2—3—4 wöchentlichen Abständen $^1/_4$—$^1/_3$ E.D. Keinesfalls darf die Erythemgrenze überschritten werden.

Verfasser ist der Ansicht, daß der günstige Effekt durch Steigerung der örtlichen Hauttätigkeit erzielt wird. Zunächst beobachtet man eine Masseneruption neuer Aknekнötchen, nach und nach erschöpft sich jedoch die Bildung neuer Knoten, vorhandene Pusteln trocknen ein, die Komedonen verschwinden, die Bildung neuer unterbleibt.

Verfasser empfiehlt die periodische Fortbestrahlung, bis die Bildung neuer Knötchennachschübe völlig aufhört, alsdann soll die Haut dauernd ein gesundes Aussehen darbieten. Neben der radiologischen Behandlung hält Verfasser eine Lokaltherapie für unnötig. Zehn mitgeteilte Krankengeschichten illustrieren das Gesagte.

(Die Empfehlung der „periodischen Fortbestrahlung" scheint mir doch nicht unbedenklich. Selbst bei Anwendung so kleiner Dosen ist die Gefahr späterer Hautatrophie nicht ganz auszuschließen. So hege ich Befürchtung für den Fall 7 (junge Dame), bei der sich im Verlaufe der Bestrahlungen nach Angabe des Verfassers zweimal ein Erythem ereignete! D. Ref.) Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die Veränderung des Nahrungsregimes bei einigen Hautkrankheiten, von Gerschun. (Praktitscheski Wratsch, 1913, Nr. 21, S. 314.) In je einem schweren Fall von Psoriasis vulgaris und Ekzema ani versuchte G. die Anwendung der vegetarischen Kost und sah unter derselben Schwinden der Krankheitserscheinungen auftreten, was bis dahin nicht hatte erzielt werden können. Arthur Jordan-Moskau.

b. Cutis.

Über das Sklerom, von A. Jurasz-Lemberg. (Der Amtsarzt, 1912, Nr. 8.) Nach eingehender Schilderung des Krankheitsbildes wird festgestellt, daß gegen die heimtückische Krankheit bisher Heilmittel nicht bekannt seien, in seltenen Fällen vermag intensive Röntgenbehandlung etwas zu leisten. Das Sklerom ist nicht eine Krankheit der Slawen, sondern sie ergreift alle Nationalitäten gleichmäßig. Am stärksten ist sie in Ostgalizien vertreten, von wo ihr Weiterschreiten nach allen Richtungen deutlich zu verfolgen ist. Nach Deutschland ist sie in Ost- und Westpreußen bereits eingedrungen. Verfasser verlangt daher zur Unterdrückung des Leidens: 1. Anzeigepflicht, 2. jährliche genaue Statistiken, 3. Errichtung besonderer Skleromstationen, 4. eine jährlich zusammentretende internationale Skleromkonferenz. H. Lautsch-Graudenz.

Zur Skleromfrage in Rußland, von A. Juergens-Warschau. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 51.) Mitteilungen über die Ausbreitung des Skleroms in Rußland; dasselbe ist bisher in den russischen Ostseeprovinzen Livland, Estland, Kurland, sowie in den Gouvernements Grodno und Warschau gefunden worden. Aus den letzteren werden einige Fälle kurz mitgeteilt. W. Lehmann-Stettin.

Neue Feststellungen bei Framboësia tropica, von Berthold Hannes-Hamburg-Eppendorf. (Beitr. z. Klin. d. Infekt.-Krankh. und zur Immunitätsforschung, Bd. 1, Heft 2.) Verfasser berichtet über einen Fall von Framboësia tropica bei einem Weißen und hebt insbesondere folgendes hervor: 1. Beobachtung eines roseolaähnlichen Exanthems. — Plehn ist der Meinung, daß das Auftreten einer typischen Roseola für Lues und gegen Framboësie zu verwerten sei. 2. Entgegen den Angaben früherer Verfasser finden sich

Digitized by Google

die Spirochäten (pertenuis) zuerst in den Papillen und schwärmen von dort ins Epithel aus. 3. Die Blutuntersuchung nach Wassermann ergab bei Verwendung dreier Normalextrakte (alkoholische Extrakte aus normalen Menschenherzen), die sich der Lues gegenüber gleichsinnig verhielten, wie an ca. 600 Fällen geprüft wurde, nur mit einem Extrakte positiven Ausfall. — Der Fall wurde erfolgreich behandelt mit 1,4 Salvarsan intravenös, im Verlauf von zehn Tagen auf drei Infusionen verteilt. Franz-Dresden.

Über Framboësieheilung durch Salvarsan, von C. A. Koch-Surinam. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 53.) Während die Framboësie früher durchschnittlich ein Jahr Hospitalaufenthalt zur Heilung brauchte und oft 400 Kranke und mehr im Framboësieasyl beisammen waren, hat die Krankheit mit Einführung des Salvarsans mit einem Schlage ein Ende gehabt, das Asyl konnte geschlossen werden. Es wurden in neun Monaten ca. 1200 Patienten behandelt, und in durchschnittlich 14 Tagen war die sonst etwa ein Jahr dauernde Krankheit vollständig geheilt. Die ersten 20 Fälle wurden intramuskulär, alle weiteren intravenös mit 0,4—0,6 gespritzt, ernstere Zufälle kamen nicht vor.

H. Lautsch-Graudenz.

Der erste durch den Befund des Parasiten diagnostizierte Fall von brasilianischer Hautleishmaniose, von G. Franchini und M. Mandovani-Bologna. (Pathologica, 1913, Nr. 105.) Hühnereigroße Ulzeration auf der linken Hinterbacke, bestehend aus zahlreichen kleineren Geschwüren, die zum Teil von rötlich braunen Krusten, zum Teil von einem blutigen übelriechenden Exsudat bedeckt sind. Zwischen den Geschwüren findet man mehrere Furunkel. Die Ränder der Ulzerationen sind etwas erhaben, gerötet und zuweilen ziemlich hart. Entfernt man die Krusten, so kommt eine rote körnige Fläche zum Vorschein, die leicht blutet. Die Granulationen sind ziemlich groß und auf dem ganzen breiten und flachen Grunde der Ulzeration zerstreut. Die Haut in der Umgebung ist gerötet und etwas ödematös und zeigt hier und da rote kleine Papeln. Die ganze Läsion ist wenig schmerzhaft; es besteht hingegen starker Juckreiz. Die Leistendrüsen sind an beiden Seiten infiltriert, aber schmerzlos.

In der ganzen Läsion waren zahlreiche Leishmansche Parasiten mikroskopisch und kulturell nachweisbar. Diese Parasiten wichen jedoch in bezug auf ihre morphologischen Charaktere (Form, verschiedene Lage des Nervs und des Blepharoplasts, intensive Färbung des Protoplasmas usw.) etwas von denen, die man in Präparaten aus sizilianischen Orientbeulen beobachtet, ab, so daß Verfasser zu der Annahme neigt, daß es eine besondere brasilianische Varietät der Orientbeule gibt.

Ätiologisch interessant ist die vom Patienten angegebene Tatsache, daß in der brasilianischen Gegend (Bocuri), wo die Hautkrankheit auftrat, zahlreiche andere Europäer von derselben Krankheit befallen wurden, und daß diese durch den Biß oder Stich einer dort häufig vorkommenden grünlichen bremseähnlichen Fliege verursacht werden soll.

K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Orientbeule in der Provinz Palermo, von Michelangelo Cipulla-Palermo. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 67, Heft 7.) Der Fall betraf ein 15jähriges, ziemlich gut genährtes Mädchen, das vor zirka einem Jahre infolge Anstoßens an der rechten Jochbeingegend an dieser Stelle eine Anschwellung von der Größe eines Eincentimesstückes zeigte; sie wurde für einen einfachen Furunkel gehalten und inzidiert, die Läsion ging aber nicht zurück, sondern vergrößerte sich noch und bedeckte sich mit einer weißlichen und adhärenten Kruste und blieb lange Zeit stationär. Die Anschwellung zeigt nun harte elastische Konsistenz, ist völlig schmerzlos und verursacht kein Jucken noch Brennen. Die Diagnose bot große Schwierigkeiten, wurde schließlich per exclusionem gestellt und durch die mikroskopische Untersuchung — Parasiten, die dem Leishmanschen der Anaemia splenica oder Kála-Azar ähnlich sind, wurden intra-

Digitized by Google

zellulär (bis zu 20 in jeder Zelle) gefunden — bestätigt. Auf dreimalige Applikation von Jodtinktur ging die Läsion, ebenso wie die begleitende rechtseitige Schwellung der Submaxillardrüse, völlig zurück. Der Fall scheint C. deshalb von Wichtigkeit, weil die Vermutung eines sehr engen Zusammenhangs zwischen Leishmania-Anämie und Orientbeule, die beide in denselben Gegenden endemisch sind, damit bekräftigt wird.

Stern-München.

Über die Behandlung der Orientbeule (Leishmania) mit Salvarsan, von Prof. v. Petersen. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 43.) Prof. v. Petersen, welcher in Taschkent, Buchara und Aschabad die Orientbeule oder, wie sie dort genannt wird, das Pendinsche Geschwür mit Salvarsan zu behandeln versucht hat, ist zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. Das Salvarsan ist ein spezifisches Mittel gegenüber den Protozoen der Orientbeule. Es muß intravenös in der Dosis von 0,4—0,6 (bei Kindern und geschwächten Personen muß die Dosis entsprechend vermindert werden) angewandt werden. Auf Grund einiger Beobachtungen scheint das Salvarsan auch in Form von einer Salbe oder einer Ölemulsion zu wirken, jedoch fordert das noch weitere Untersuchungen. 2. Falls das Salvarsan im Laufe von 14 Tagen ohne Einfluß bleibt, muß eine zweite Injektion vorgenommen werden. Im Falle eines weiteren Mißerfolges muß noch eine dritte respektive vierte Injektion erfolgen, wozu er aber nicht genötigt war. 3. Die papulösen, nicht vereiterten Formen der Orientbeule sind hartnäckiger und verlangen wiederholte Eingießungen. 4. Die unter verschiedenen Namen beschriebene Orientbeule — Aleppobeule, Biskrabeule, Geschwür von Delhi, Clou de Gafsa, Pendinsches Geschwür, Sartische Krankheit, Krankheit von Kokand, von Aschabad, Pian-Bios — wird anscheinend durch ein und denselben Erreger, ein Protozoon, hervorgerufen und verlangt deswegen die Anwendung des Salvarsans. 5. Die unter dem Namen Ulcus tropicum beschriebene, die unteren Extremitäten betreffende Krankheit hat mit der Orientbeule nichts zu tun. 6. Die Behandlung der vereiterten Herde der Orientbeule mit Methylenblau verdient weitere Prüfung. A. Jordan-Moskau.

Die Salvarsanbehandlung der Orientbeule (Leishmaniose), von O. v. Petersen-St. Petersburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.) Deckt sich inhaltlich mit dem vorstehenden Artikel. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan und Ulcus tropicum, von Heinrich Werner-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16.) Das Ulcus tropicum wird durch 0,5 intravenös appliziertes Salvarsan in zweimaliger Verabreichung günstig beeinflußt im Gegensatze zu den Berichten von Schiffner über die erfolglose Behandlung des Ulcus tropicum aus Sumatra, so daß dem Verfasser die Frage von Bedeutung erscheint, ob es sich bei dem Ulcus tropicum aus Sumatra und dem afrikanischen nicht um zwei verschiedene Affektionen handelt, welche auf Salvarsanwirkung in verschiedener Weise reagieren.

W. Chrzelitzer-Posen.

Betrachtungen über einen Fall von subkutanem verkalktem Granulom, von Louis Drouan. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Granuloma pedunculatum, von Guido Ferrarini. (Francesco Vallardi, Milano 1913.) Der Verfasser gibt gelegentlich einer klinischen und bakteriologischen Untersuchung eines typischen Falles von sogenannter menschlicher Botriomykose eine neue Untersuchungsmethode dieser Krankheit bekannt. Er inokulierte in die Palma manus, an welcher das Granulom saß, viermal Stückchen derselben Geschwulst. Doch waren diese Impfungen von keinem positiven Erfolg begleitet. Der Verfasser glaubt, daß diese Krankheit mit der tierischen Botriomykose nichts gemein hat. Es ist vielmehr eine Krankheit sui generis, welche wahrscheinlich durch das Ein-

Digitized by Google

dringen von Eitererregern bedingt ist. Oft sind es auch Fremdkörper, welche einen chronischen Reiz ausüben und hierdurch diese Geschwulstbildung bedingen.

A. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von Granuloma venereum und seine Ursache, von Martini-Wilhelmshaven. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913, Bd. 17, Heft 5.) Ein Matrose erkrankt an einem Ulcus molle und Bubo. Letzterer wird inzidiert. Nach anfänglicher Heilungstendenz vergrößerte sich die reichlich intensiv riechenden Eiter absondernde Wundfläche, die jeder Behandlung trotzte. In der rechten Leistenbeuge und von ihr nach unten auf die Streckseite des Oberschenkels und von dort auf die rechte Seite des Skrotums übergehend sieht man eine etwa zwei Handflächen große, über die Umgebung sich etwas erhebende, zerklüftete Ulzerationsfläche. Die buchtigen Ränder sind wallartig erhaben über die umgebende gesunde Haut und haben die Neigung, sich weiter auszubreiten. Die Geschwürsfläche bildet eine unebene Fläche mit hellroten, leicht blutenden erhabenen Granulationen, welche übelriechenden Eiter absondern und an einzelnen Stellen mit Borken bedeckt sind, an anderen Stellen in die Tiefe gehendem geschwürigen Zerfall. Bakteriologisch werden gramnegative, kapselumhüllte Diplokokken nachgewiesen, die sich innerhalb der Eiter- und Granulationszellen finden. Die Impfung bei einer weißen Maus rief einen geschwürigen Prozeß hervor, das Tier ging zugrunde, nachdem der Eiter nach der Bauchhöhle durchbrochen. Die Tierversuche zeigen, daß die Keime als Geschwürsursache in Frage kommen. Chrzelitzer-Posen.

Reinkultur des Erregers von Granuloma venereum, von Martini-Wilhelmshaven. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Verfasser hat bei einem venerischen Granulom eines Matrosen in Gewebsschnitten von dem Geschwürsgrunde gramnegative, Kapsel umhüllte Diplokokken angetroffen; dieselben fanden sich zum geringeren Teile innerhalb der Eiter- und Granulationszellen, in größerer Menge dagegen in langen, zopfartig verflochtenen Ketten vom Geschwürsgrund her zwischen den Zellen bis tief an die Grenze des gesunden Gewebes hinziehend. Kulturanlagen gelangen auf Blutagar und in Blutbouillon, sowie auch in einfacher Pferdefleischbouillon mit und auch ohne Traubenzuckerzusatz. Die günstigste Temperatur für die Kulturen war 37° C. Verfasser hält diese Diplokokken für die Erreger des Granuloms; er wird demnächst über weitere Untersuchungen berichten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Versuch der Behandlung des Ulcus molle mit lokalen Salvarsanapplikationen, von F. Dubois. (Thèse de Paris, 1913.) Der Verfasser verwandte 10%ige Neosalvarsanvaseline. Er glaubt, daß auf diese Weise eine viel schnellere Überhäutung (in 8 bis 12 Tagen) erzielt wird. Bei einem Kranken mit phagedänischem Schanker trat Heilung in wenigen Tagen ein. A. Gunsett-Straßburg.

Weiche Schanker mit Röntgenstrahlen behandelt, von Queyrat und Bouttier. (Bull. méd., 1913, Nr. 15.) Zwei Kranke, die sich von weichen Schankern am Genitale an anderen Körperstellen infiziert hatten. Bei dem einen wurde das Geschwür sehr groß und widerstand jedweder Therapie. Erst mit X-Strahlen konnte eine Besserung erzielt werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden des weichen Schankers, von Pierre Combres. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Radiotherapie bei Mykosis fungoides, von Gaston Villainne. (Thèse de Paris, 1912, Nr. 230.) Fritz Loeb-München.

Über das Vorkommen von Aktinomykose bei tuberkulösen Individuen, drei Fälle, von J. B. Slattery-London. (Lancet, 19. Okt. 1912.) Verfasser schildert die

Digitized by Google

bei dieser Komplikation entstehenden diagnostischen Schwierigkeiten und betont die günstige Wirkung von Jodkali in möglichst großen Dosen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Röntgenbestrahlung der Aktinomykose, von Richard Levy-Breslau. (Centralbl. f. Chir., 1913, Nr. 4.) In zwei Fällen wurde durch Röntgenbestrahlung Heilung aktinomykotischer Prozesse erreicht, die nach Art tuberkulöser Lymphome bestrahlt wurden. Der erste war vergeblich operativ und mit Jod behandelt worden, auf die erste Bestrahlung hin hörte Sekretion auf, die Fistel schloß sich. Der zweite Fall, bei dem keine andere Behandlung vorher stattgefunden hatte, heilte gleichfalls völlig, beide Fälle sind ein halbes Jahr rezidivfrei. Lautsch-Graudenz.

Ein Beitrag zur Behandlung der Aktinomykosis, von A. Wetterer-Mannheim. (Arch. f. physik. Med. u. med. Techn., 1912, Nr. 1.) In drei Fällen von tiefliegender Aktinomykosis, in denen Jod respektiv die chirurgische Behandlung im Stiche gelassen hatte, versuchte Verfasser durch Röntgenisierung die harte Infiltration (Parotisgegend, Unterkiefer, Mund) zur Erweichung zu bringen. In zwei Fällen gelang es auch, die zur Nekrobiose gebrachten Massen entleerten sich durch alte, locker verklebte Fistelgänge. Der eine Fall wurde wohl sicher geheilt, der zweite zum mindesten zum Stillstand gebracht, wenn nicht auch geheilt. Im dritten Fall wurde die chirurgische Behandlung schließlich vorgezogen.

Während also die Frage, ob Röntgentherapie bei Aktinomykose aussichtsvoll sei, bejaht werden müsse, müßten genauere Indikationen noch gefunden werden. Zu erstreben sei Tiefenwirkung und große Dosen (von vier zu vier Wochen 5 H.).

H. Lautsch-Graudenz.

Schweinerotlauf beim Menschen, von Fisser-Pewsun. (Allg. Med. Central-Ztg., 1913, Nr. 1.) Ein Tierarzt in der Marschgegend hatte sich am Daumen verletzt. In diese Wunde inokulierte er sich beim Schweineimpfen Schweinerotlaufreinkultur. Am 23. IX. Schmerzen in der Wunde und Ausschlag am Arm. Am 24. Fieber und Halsschmerzen. Am 25. schweres Krankheitsgefühl, Schlaflosigkeit, großes Durstgefühl; scharlachähnliches Exanthem am Rumpf, rheumatoide Schmerzen. Am Oberschenkel werden runde, dunkelrote Flecken mit hellem Zentrum beobachtet, zweimarkstückgroß, die später verschmelzen. Diese sind charakteristisch für Schweinerotlauf. Auf die nun erfolgende erste Injektion von 15 g Rotlaufserum tritt ein lähmungsartiger Zustand in den Armen ein, auf die nächste von 20 g jedoch bessert sich das Allgemeinbefinden. Nach zwei Tagen ist das Exanthem verschwunden. Darnach allmähliche Heilung. Abschuppung nach 14 Tagen. Werther-Dresden.

Über latentes Erysipel, von Arthur Schlesinger-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von „latentem Erysipel", die zwei Besonderheiten zeigen: 1. ein Verweilen des Krankheitsprozesses in der Tiefe (als Tiefeninfiltrat), späteren Austritt an die Oberfläche (Erysipel der Hautdecke über dem Infiltrat) und darauf raschen Ablauf der Krankheit, 2. eine außergewöhnlich lange Inkubationszeit. Das Verschwinden der Tiefeninfiltrate beim Ausbruch des Erysipels zeigt, daß es sich nicht um ein einfaches Übergreifen, sondern um ein vollkommenes Wandern aus der Tiefe an die Oberfläche gehandelt hat. Während des größten Teils der Inkubationszeit ganz leichte Temperatursteigerung, beim Ausbruch des Erysipels Anstieg. Inkubationsdauer im ersten Falle etwas über zwei Monate, im zweiten Falle etwa drei Wochen. Franz-Dresden.

Ein Beitrag zum latenten Erysipel, von Semenow-Blumenfeld-Rostow a. Don. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Zwei Krankengeschichten, die beweisen sollen, daß das Erysipel nicht nur an der Oberfläche des Körpers seinen Anfang nehme,

Digitized by Google

sondern auch mitunter in der Tiefe des Gewebes beginne, von wo aus es dann allmählich gegen die Oberfläche hin wandere. Fischer-Dresden.

Sympathischer Nystagmus bei Erysipel, v. Hirsch-Frankfurt a. M. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Bei einigen 40 Fällen von Kopf- und Gesichtserysipel hat Verfasser bei seitlicher Blickrichtung stets einen deutlichen mehr oder weniger starken horizontal-rotatorischen und auch öfters vertikalen Spontannystagmus gefunden, der auch bei längerer Blickfixation nicht verschwand. Nach seiner Ansicht ist er durch toxische Vorgänge, die zirkumskripte meningeale Reizungszustände in der hinteren Schädelgrube im Sinne einer Meningitis sympathica veranlassen, bedingt. Er sei ein differentialdiagnostisch außerordentlich wichtiges Charakteristikum des Erysipels. Auch als Früh- oder Prodromalsymptom soll uns der Spontannystagmus bei Erysipel wichtige Dienste zur rechtzeitigen Isolierung leisten können. Junghanns-Dresden.

Erysipel im Puerperium, von R. Lechat. (Thèse de Bordeaux, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über die Blutdruckspannung im Verlaufe des Erysipels und ihre prognostische Bedeutung, von Alcide Bach. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des Erysipels mittels Vakzine bei Kindern, von E. Mather Sill-New York. (Med. Record, 29. März 1913.) Mit Vakzine, die aus Kulturen des Streptococcus pyogenes hergestellt wurde, sind sieben Kinder mit gutem Erfolge behandelt worden; ein Fall bekam kombinierte Vakzine (Streptokokken, Staphylokokken und Bacillus coli) und zwei Fälle „Phylakogen Schaefer". Von den zehn behandelten Fällen ist einer tödlich verlaufen, in allen anderen wurden gute und schnelle Resultate erzielt, trotzdem es sich teilweise um sehr kleine Kinder, auch rachitische und schlecht ernährte Kinder handelte. W. Lehmann-Stettin.

Fall von Elefantiasis, von Walter K. Hunter. (Glasgow Journ., Sept. 1912.) Eine 61jährige Frau, bei der vor 30 Jahren nach wiederholten Erysipelattacken die Beine sich zu verdicken begannen. Sie erreichten schließlich einen enormen Umfang und waren öfters Sitz von Ulzerationen. Gleichzeitig bestanden die Symptome eines Morbus Banti. Verfasser glaubt, daß die Elefantiasis auf Verlegung der Lymphwege durch die wiederholten Erysipele zurückzuführen sei. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Operation der Elefantiasis der männlichen Genitalien, von Müller-Tanga. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913, Bd. 17, Heft 8.) Der Hoden muß subkutan in die Gegend des Leistenkanals verlagert werden. Bekanntlich läßt sich die Haut in der Gegend des Leistenkanals in ziemlicher Ausdehnung mehrere Zentimeter weit von der Unterlage abheben. Verfasser beschreibt seine Operationsmethode, mit welcher er vollkommene Heilungen erzielt hat. Chrzelitzer-Posen.

Über die Behandlung der Elefantiasis der Beine mittels Lymphangioplastik, von F. C. Madden, A. Ibrahim und A. R. Ferguson-Cairo. (Brit. med. Journ., 2. Nov. 1912.) Im Krankenhaus zu Cairo sind nach der von W. S. Handley empfohlenen Methode mehrere Patienten mit elefantiastischen Verdickungen der unteren Extremitäten mit dem Einlegen von Seidenfäden ins subkutane Gewebe zur Einleitung einer Lymphdränage behandelt worden. Es werden acht Fälle in ihren Hauptumrissen klinisch geschildert. Leider konstatieren Verfasser, daß sie trotz genauer Befolgung aller Vorschriften stets nur einen ganz vorübergehenden Erfolg erzielten. Sobald die Patienten das Bett verließen, kehrte in wenigen Wochen der frühere Zustand wieder zurück. Nach ihren experimentellen Untersuchungen an Meerschweinchen und auch an einem gesunden Menschenteil erscheint dies sehr begreiflich. Die eingelegten Fäden wirken nur in den ersten Tagen drainierend. Alsdann bildet sich an ihnen und in ihrer Um-

Digitized by Google

gebung durch Zelleinwanderung ein mehr oder weniger derber bindegewebiger Strang ohne irgend welche dränierende Eigenschaften. A. Philippi-Bad Salzschlirf

Die chirurgische Behandlung des elefantiastischen Ödems durch eine neue Methode der Lymphableitung, von E. Kondoléon-Athen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 50.) Nach K.s Beobachtungen beruht das Persistieren von elefantiastischen Verdickungen an den Beinen hauptsächlich auf einer Entartung und sulzigen Quellung der Aponeurose. Zur operativen Behandlung sind drei Methoden anwendbar: 1. das Hineinführen von Faszienstreifen in die Muskeln, 2. die einfache Spaltung der Aponeurose, welche dann offen bleibt, und 3. die Exstirpation eines größeren oder kleineren Stückes der Aponeurose. Die ersteren beiden Methoden genügen für leichtere Fälle, aber für die höheren Grade ist die dritte Methode angezeigt. Wenn das ganze Bein ergriffen ist, legt man vier lange Schnitte, je zwei am Unter- und Oberschenkel an der Außen- und der Innenseite des Gliedes an, entfernt das die Aponeurose bedeckende Fett und exstirpiert einen 3—4 cm breiten Streifen Aponeurose der Länge des Schnittes entsprechend. Nach genauer Blutstillung erfolgt Hautnaht ohne Dränage.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung gangränöser Wunden mit Alkohol, von Blanchard-Lorient. (Bull. méd., 1913, Nr. 24.) Verfasser bestätigt die von Pech gemachten günstigen Erfahrungen mit der Alkoholbehandlung der Gangrän. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Gangrän des Beines bei einem elf Tage alten Kinde; Amputation; Genesung, von D. C. L. Fitzwilliams und W. H. Vincent-London. (Lancet, 15. März 1913.) Ohne irgend eine erkennbare Ursache entstand (im Monat Juni) an der Haut der Wade ein kleiner blauer Fleck, der sich schnell weiter ausdehnte, so daß in wenigen Tagen gut zwei Drittel des Unterschenkels gangränös verfärbt war. Als an einer Stelle die Haut einriß und Knochen frei zutage trat, wurde die Erlaubnis zur Amputation des Unterschenkels gegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die im Verlaufe des Typhus auftretende Hautgangrän, von Alexandre Ph. Ch. Rouhaut. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Über Phlegmonenbehandlung der oberen Extremität, von Haun-Gladenbach. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 53.) Zur Abgrenzung von Phlegmonen hat Verfasser seit 15 Jahren erfolgreich folgendes Verfahren geübt: Unter Anästhesie mit $^1/_2$—1%iger Novokainlösung werden vom Entzündungsgebiet her in der Längsachse der Extremität 3—5 parallele Schnitte von etwa 5 cm Länge bis auf die Faszie durch die Haut gelegt in Abständen von ca. 6 cm. Alsdann werden die so entstandenen Hautbrücken stumpf von ihrer Unterlage abgetrennt, worauf man breite Jodoformgazestreifen von einer Inzision zur anderen durchzieht. Oberhalb der Inzisionen wird ein Ring von Kollodium gezogen. Nach H.s Erfahrungen geht dann die Phlegmone nie über diesen Ring hinaus. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von Ulzerationen durch die lokale Applikation von Salvarsan, von H. Alston-Trinidad. (Brit. med. Journ., 28. Dez. 1912.) Nachdem Verfasser im St. Augustin Jaws Hospital die Zahl der Framboësiakranken durch Salvarsan von 250 auf 29 reduziert hatte, versuchte er die lokale Anwendung desselben als Streupulver mit Xeroform (1 : 3) vermischt bei einmaliger Applikation bei gewöhnlichen Geschwüren. Die weitere Behandlung bestand im Aufpudern von Xeroform unter Vermeidung jeglicher Anfeuchtung. Er ist mit dem Erfolg sehr zufrieden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse, welche durch die Vincentsche Symbiose veranlaßt sind, von Assmy und Kyritz-Chungking. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913, Bd. 17, Heft 7.) Das Ulcus tropicum, der Phagedaenismus tropicus

Digitized by Google

und die Stomatitis gangraenosa sind Spirochätosen. Das Tropengeschwür tritt meist bei hohen Außentemperaturen akut auf und geht häufig mit dem Eintritt kühlerer Witterung in ein Ruhestadium über. Seine bösartige Form nimmt das Tropengeschwür nur an, wenn es einen geschwächten Organismus befällt. Salvarsan wirkt spezifisch, und zwar zuerst auf die Spirochäten und die fusiformen Bazillen; die in den hier beschriebenen Fällen gleichzeitig gefundenen plumpen spirillumähnlichen Bazillen sind wahrscheinlich das Element der Symbiose, welches die Verflüssigung des von den Spirochäten abgetöteten Gewebes herbeiführt. Chrzelitzer-Posen.

Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge, von Paul v. Szily-Budapest. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 44.) Verfasser hält die Bezeichnung opsonische Therapie für die Vakzination für falsch. Die Vakzinetherapie hat mit den Opsoninen nichts zu schaffen. Dieselbe ist vielmehr ein direkter und bakterizider Einfluß; sie bewirkt eine lokale und totale Vernichtung der Bakterien und ihrer Endotoxine durch Lyse. Daraus ergibt sich, daß die Bestimmung des sog. opsonischen Index ganz zwecklos ist, und daß man sich bei der Beurteilung des natürlichen Krankheitslaufes nur allein an die klinischen Erscheinungen zu halten hat.

Verfasser hat bei 30 Säuglingen von 3—8 Wochen mit hochgradiger multipler Abszeßbildung der Haut nur gute Erfolge mit einer selbst hergestellten Autovakzine gehabt, die er ohne irgend welche Auszählung der Kokken in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, subkutan mittels Pravazspritze in die Oberschenkelhaut injiziert hat. Er hat in keinem Fall eine Schädigung gesehen, wie sie Michaelis und Wechselmann beschrieben haben, sondern fortlaufende prompte Heilung, die in allen Fällen nach 8—10 progredienten Injektionen eintrat. W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung der Furunkulose, von Schüle-Freiburg i. B. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser tritt warm ein für die binnen der ersten 48 Stunden auszuführende tiefe Kauterisation der zentralen Partie mit dem Brennstifte unter Anästhesie mit Novokain. Zur Prophylaxe empfiehlt er das von Haegler geübte Verfahren: einmalige Epilation der infizierten Hautpartie, Einreiben mit Credéscher Salbe. Am folgenden Tage Spiritus saponato-kalinus, Spiritus absolutus, Credésche Salbe, nach 14 Tagen statt letzterer Zinksalbe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die bei der Behandlung der Karbunkel mittels Exzision erzielten Erfolge, von J. Levit. (Wien. klin. Rundsch., 1912, Nr. 41 u. 42.) Die Exzision des Karbunkels eliminiert rasch den gefährlichen Entzündungsherd und verhindert eine weitere Ausbreitung. Es wird nur ein kleiner Defekt gesetzt, der rasch heilt. Die Kranken, die Verfasser auf diese Weise behandelt hat, standen nach 7—10 Tagen auf und waren in 4—5 Wochen geheilt. Richard Frühwald-Leipzig.

Der Milzbrand des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. (Ther. Monatsber., Dezember 1912.) Bei der Behandlung des Milzbrandes muß man unterscheiden zwischen einer lokalen Therapie und einer allgemeinen Therapie. Bei dem lokalen äußeren Milzbrand scheint die exspektative Behandlung die beste zu sein. Bei der allgemeinen Therapie kommt vor allem das Sobernheimsche Serum und das Salvarsan in Betracht. Hinsichtlich des letzteren haben die Tierversuche ergeben, daß Salvarsan in einer Menge von 0,04 g pro Kilo Tier imstande ist, Kaninchen mit sonst sicher tödlicher Milzbrandinfektion zu retten. Diese Experimente berechtigen uns, beim Milzbrand des Menschen das Salvarsan in der Dosis von 0,6 zu versuchen.
W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Behandlung großer Karbunkel durch Zirkumzision, von Heddáns-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Als Ergänzung zu seiner Arbeit über dasselbe Thema (Münch. med. Wochenschr., Nr. 38) berichtet H. noch über einen

Digitized by Google

weiteren Fall von enormer Karbunkelbildung am Nacken bei einem Diabetiker. Im Ätherrausch wurde das ganze Gebiet tief umschnitten, die wallartigen Randpartien wurden mit Jodtinktur ausgerieben, und die Wundhöhle wurde dann sogleich mit nasser Kollargolgaze austamponiert. Der Erfolg war in bezug auf die Lokalaffektion ein ausgezeichneter, aber der Patient ging bald darauf im Koma zugrunde. Die Sektion ergab multiple miliare Herde von beginnenden Abszessen in der Lunge. Verfasser ist der Meinung, daß man viel zu lange gewartet hat, ehe man ihm die Gelegenheit zum Eingreifen bot. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie der Samoapocke, von S. v. Prowazek-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911, Bd. 15.) Kurze Bemerkungen über klinische und mikroskopische Befunde in einigen Fällen von sogenannter Samoapocke mit besonderer Berücksichtigung der Biologie der mutmaßlichen Erreger. Verfasser kommt in seiner Abhandlung zu dem Schluß, daß die Samoapocke keine echte Pocke sein kann.
Graetz-Hamburg.

Wunddiphtherie und Wunddiphtheroid, von J. Züllig-Münsterlingen. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 82, Heft 3.) Die vorliegende Arbeit, die als Ergebnis eines sehr sorgfältigen Studiums nach einem kurzen, historischen Rückblick die klinischen wie histologischen, wie bakteriologischen Untersuchungen zusammenfaßt, um, soweit als bisher möglich, ein klares Bild über Wunddiphtherie und Wunddiphtheroid zu geben, ist viel zu spezialistisch chirurgisch aufgebaut, um an dieser Stelle mehr als eine rühmende Erwähnung zu finden. Lasch-Breslau.

Rheumatismus nodosus im Kindesalter, von Rosa Berkowitz-München. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 59, Heft 1—2.) Der Rheumatismus nodosus kommt bei Kindern im Alter der Pueritia, die irgend eine akute Form der rheumatischen Infektion durchgemacht haben, ohne von ihr völlig genesen zu sein, zum Ausbruch. Vorbedingung zum Ausbruch der Knötchen ist, daß die Kinder nicht unter dem Einfluß, sei es des Erregers, sei es des Giftes der rheumatischen Infektion stehen; dieser Einfluß macht sich geltend in wiederholten Nachschüben der Gelenkerkrankung, oder im Erscheinen anderer rheumatischer Äquivalente, wie z. B. endo- oder perikardialer oder choreatischer Erkrankung. Er macht sich ferner geltend in der Blässe und Schwächlichkeit dieser Kinder, deren Disposition zur Knötcheneruption sicher erhöht ist. In dieser Disposition scheint auch der Zusammenhang zu bestehen zwischen Rheumatismus nodosus und tuberkulöser Infektion. Schourp-Danzig.

Beitrag zur Kenntnis der Blastomykosen, Lymphangitis epizootica und Histoplasmosis, von H. da Rocha-Lima-Hamburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, Heft 4.) Der Erreger der Lymphangitis epizootica, einer auf Menschen übertragbaren Krankheit der Einbufer, wurde bereits 1873 von Rivolta entdeckt und Cryptococcus farciminosus genannt, die Histoplasmosis ist eine selten vorkommende Infektionskrankheit des Menschen, die zuerst von S. Darling in der Panamakanalgegend beobachtet und deren Erreger Histoplasma capsulatum genannt wurde. Nach den vom Verfasser neuerdings vorgenommenen Untersuchungen zeigen Cryptococcus farciminosus und letzteres auffallende Ähnlichkeit nicht nur in ihrer Struktur und Verhalten gegenüber Farbstoffen, sondern auch in bezug auf die von ihnen erzeugten Läsionen. Aus dem Vergleich dieser Mikroorganismen mit den Leishmanien einer- und den Blastomyzeten andererseits stellte sich eine bedeutend größere Übereinstimmung ihrer Eigenschaften mit jenen der Hefen als der Protozoen heraus. Das Aussehen im frischen Zustande, die Unregelmäßigkeit der inneren Struktur, die Färbbarkeit nach Gram, das Vorhandensein von sprossenden Formen und die Art der Gewebsreaktion sind für diese Auffassung besonders entscheidende Daten, nachdem Kulturen, Tier-

Digitized by Google

versuche usw. nicht ermittelt werden können. Andererseits sind die Lagerung innerhalb von Phagozyten und eine gewisse Ähnlichkeit in nach Giemsa gefärbten Präparaten allein ungenügende Kriterien, um einen Parasiten als Leishmania anzusprechen. Literaturverzeichnis. Stern-München.

Über die Botryomykose, von G. Pieri-Rom. (Riv. ospedal., 1912, Nr. 20.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Botryomykom (synov.: entzündliches Papillom, infektiöses Granulom, Granuloma teleangectasicum usw.).

Im ersten Fall entwickelte sich die Geschwulst auf der Brust eines 47jährigen Mannes im Laufe von fünf Monaten bis zu Erbsengröße und wurde in den letzten Wochen gestielt; es treten mehrmals Blutungen ein; operative Exstirpierung. Heilung per primam.

Im zweiten Fall entwickelten sich bei einer 34jährigen schwangeren Frau zwei kleine Botryomykome aus dem Zahnfleisch; chirurgische Entfernung beider. Heilung per sekundam.

Histologisch bestand das Grundgewebe aus äußerst reichlich vaskularisiertem Bindegewebe; in den Maschen dieses letzteren waren vereinzelt großkernige Zellen vorhanden, von denen Verfasser nicht angeben kann, ob es sich um eingewanderte Lymphozyten oder um besondere charakteristische zellige Elemente handelt.

Bezüglich der Ätiologie des Botryomykoms neigt Verfasser zur Annahme, daß es sich um neoplastische Gebilde handle. K. Rühl-Turin.

Zerstörung der Uvula bei Vincents Angina, von J. D. Rolleston-London. (Brit. Journ. of children's dis., Juli 1912.) Das Interessanteste an dem beschriebenen Fall von Vincentscher Angina ist neben der außergewöhnlichen Hartnäckigkeit der Erkrankung und ihrer Schwere das Verhalten der Wassermannschen Reaktion. Die sonst zur Heilung meist genügende lokale Behandlung versagte in diesem Falle lange Zeit. und der Ausgang der Krankheit war nach über dreiwöchiger Fieberperiode der, daß die Uvula, die vorderen Gaumenbögen, ein Teil des weichen Gaumens teils völlig zerstört, teils durch Narbengewebe ersetzt waren. Gefunden wurden neben Diphtheriebazillen fusiforme Spirillen und zahlreiche Kokken, und diesen letzteren schiebt der Verfasser die Schuld für den schweren Verlauf des Falles zu, der im ganzen an gangränöse Angina erinnerte. Das besonders interessante Moment ist nun, daß in der Fieberperiode die serologische Untersuchung starke positive Wassermannsche Reaktion ergab, während dieselbe 14 Tage später bei Ausheilung der Angina negativ ausfiel. Damit stimmt überein, daß bei der Behandlung von Vincentscher Angina auch in den Fällen, die mit Syphilis nichts zu tun haben, sich Salvarsan wiederholt von günstiger Wirkung gezeigt hat. Lasch-Breslau.

Klimatische Bubonen, von G. Rost. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, Nr. 20.) Die Mitteilungen beruhen auf Erfahrungen in Ostasien und besonders Westindien. Bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens zeigen die klimatischen Bubonen in den Tropen und Subtropen erhebliche zeitliche und regionäre Verschiedenheiten. Differentialdiagnostisch gegen andere ähnliche Drüsenschwellungen kommen folgende Symptome in Betracht: Sehr lange Inkubationszeit zwischen Infektion und Beginn der Drüsenschwellung, diese geht sehr langsam vor sich, bildet sich im weiteren Verlauf zu einer erheblichen Geschwulst aus bis zu Gänseeigröße und darüber, aber ohne Beteiligung des periglandulären Gewebes, keine Nekrose oder Eiterbildung (nur in 18 %), doppelseitige Erkrankung ist relativ oft (24 %), ebenso wie die Miterkrankung der oberen Beckenlymphdrüsen (55 %), die Rückbildung geht sehr langsam vor sich, die Beeinflussung des Allgemeinbefindens ist im ganzen gering. Als beste Therapie bewährte sich symptomatische, konservative Behandlung, Röntgenstrahlen werden empfohlen.

Digitized by Google

Ätiologisch kommt höchstwahrscheinlich ein besonderer in der Vagina der Farbigen lebender Erreger in Betracht, als Eintrittspforte die Genitalgegend bei Gelegenheit des sexuellen Verkehrs. Haas-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioaktiven Substanzen, von A. Caan-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Die Erfahrungen, welche im Heidelberger Samariterhaus mit Mesothoriumbromid (bei 250 Fällen von malignem Tumor) und mit Thorium X (206 Tumorkranke) gemacht worden sind, rechtfertigen vollauf die Ansicht, daß diesen Substanzen zweifellos eine ganz eminente therapeutische Wirkung innewohnt, wenn auch, wie Verfasser in seinem Schlußsatz ausdrücklich hervorhebt, bei nachoperabelen Gewächsen das Messer unbedingt in erster Linie indiziert ist. Verfasser spricht auch nicht von „Heilungen" der malignen Tumoren, da die bisherige, einjährige, Beobachtungszeit hierfür natürlich zu kurz ist; wohl aber war zu konstatieren, daß viele inoperabele Tumoren vollständig geschwunden und längere Zeit nicht wieder hervorgetreten sind. Die in einiger Ausführlichkeit besprochenen technischen Einzelheiten überschreiten den Rahmen eines Referates. Leider wird auch der hohe Preis des Mesothoriums (1 mg Mesothoriumbromid kostet 150 M.) vielfach noch ein unüberwindliches Hindernis sein. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die nichtoperativen Behandlungsmethoden der bösartigen Neubildungen, von R. Werner-Heidelberg. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Aus dem Übersichtsreferate mit einer Fülle interessanter Einzelheiten ist als neu hervorzuheben die Anwendung von Salvarsan, Neosalvarsan und Atoxyl, intravenös und intratumoral. Letztere Anwendung ist die wirksamere, weitgehende Besserungen wurden namentlich bei Sarkomen beobachtet. Das Verfahren erscheint besonders geeignet zur Unterstützung anderer Methoden. In bezug auf die Röntgentherapie wird als erwünschteste Folge die Schrumpfung der Tumoren bezeichnet, während die Verflüssigung der Tumormassen und die Nekrose wegen der Gefahr toxischer Wirkungen oder von Arrosionsblutungen besser möglichst vermieden werden sollten. Mit Ausnahme von ganz oberflächlichen Erkrankungen sind daher nur harte Strahlen in nicht zu gewaltsamer Dosis zu verwenden. Eine erhebliche Verbesserung der Wirkung wird durch Kombination der Röntgenbestrahlungen mit Injektionen von Cholinsalzen und Thorium X erreicht, die sowohl intravenös wie intratumeral vorgenommen werden. Durch solche intensive Radiochemotherapie wurden von 171 desolaten Fällen 21 (12%) sehr wesentlich gebessert, bei 28 (16%) eine wesentliche Rückbildung erreicht. Die übrigen wurden wenig beeinflußt oder entzogen sich der Behandlung. Als zulässig wird die Behandlung jedoch nur bei inoperablen Fällen (oder im Falle der Operationsweigerung) bezeichnet, sie vermag aber dann besonders bei richtiger Kombination der verschiedenen Verfahren in der Hand eines erfahrenen Therapeuten noch recht viel zu leisten wie die beachtenswerten Erfolge des Samariterhauses beweisen. Als reines Palliativmittel wird die Strahlenbehandlung für die Patienten noch sehr wertvoll durch Reinigung und Epithelisierung von jauchenden Geschwüren und vor allem durch ihre schmerzstillende Wirkung. Bei nicht sicher radikal operablen Fällen kommt dem chemoradiotherapeutischen Verfahren große Bedeutung zu, durch Vorbehandlung (zwecks Schrumpfung der Tumoren) und besonders durch Nachbehandlung zur Vernichtung unsichtbarer Keime und Verhütung von Rezidiven.

H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

Maligne Erkrankungen von Zunge und Mund, von Robert Abbe-New York. (Med. Record., 15. März 1913.) Verfasser hat seit einer Reihe von Jahren mit lokalen Applikationen starker Radiumpräparate die verschiedensten Schleimhautaffektionen behandelt und kommt zu dem Schlusse, daß er zwar bei ganz beginnenden Karzinomen recht gute und auch dauernde Resultate gehabt hat, daß der Effekt aber nur ein vorübergehender ist, sobald das Gewächs über das allererste, gerade bemerkbare Stadium hinaus ist. In allen diesen Fällen ist auch heute noch ein gründlicher chirurgischer Eingriff die einzige Hoffnung auf Heilung und das einzige Mittel, auf das man sich verlassen kann. Dagegen ist die Wirkung des Radiums eine beinahe spezifische zu nennen bei Riesenzellsarkomen.

Ganz auffallend erscheint ihm die Wirkung des Radiums auf leukoplakische Veränderungen, die, wenn es sich nicht um zu schwache Präparate handelt, wodurch sie gerade irritiert werden, auf ein oder zwei kräftige Applikationen dauernd verschwinden. Im Hinblick auf die oft undankbare Behandlung der Leukoplakie hebt Verfasser diese, an 15 Fällen gemachten Erfahrungen ganz besonders hervor. Er fügt hier ein, daß nach seinen Erfahrungen der Tabakmißbrauch nicht genug verurteilt werden kann. Er kann sich keines Falles von Krebs des Mundes erinnern, bei dem die Anamnese nicht habituellen Tabakmißbrauch ergab. Jedenfalls sollte bei den geringsten beginnenden Veränderungen einer rissig werdenden Zunge oder beginnender Leukoplakie Rauchen und Tabakkauen strikte verboten werden. W. Lehmann-Stettin.

Fall von Epitheliom der Ohrmuschel und Halsdrüsen; Entfernung der affizierten Teile, von N. Patterson-London. (Lancet, 13. April 1913.) Die Entstehung des Leidens wurde vom 61jährigen Patienten auf ein sechs Monate zuvor erlittenes Trauma zurückgeführt. Die recht mühsame Operation hat nunmehr elf Monate Stand gehalten. Im übrigen ist der Artikel hauptsächlich vom chirurgischen Standpunkte aus von Interesse.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Meine Züchtungsmethode des Blastozoon globosum aus krebsartigen Geschwülsten und seine diagnostische Verwertung, von Behla. (Dtsch. Med.-Ztg., 1912, Nr. 43.) Die bisherige Erfolglosigkeit der Krebserregerforschung hat Verfasser nicht entmutigt. Die epidemiologischen Beobachtungen (Cancer à deux usw.) weisen auf eine parasitäre, aber nicht sehr kontagiöse Krankheit hin. Man muß nicht an Bakterien mit entzündungserregenden Toxinen denken. Pflanzentumoren bieten eine andere Analogie: es gibt Wucherungen nicht entzündlicher Hyperplasie, wo auch die primär infizierte Zelle der Ausgangspunkt des Tumors ist, wo die Umgebung keine Reaktion zeigt, wo ein Parasit in Symbiose mit der befallenen Zelle lebt und mit seinen Fermenten eine schnelle und wiederholte Zellteilung anregt. B. suchte nun, den vermuteten Protisten aus Krebstumoren rein zu kultivieren. Er entnahm das Material aus der Randpartie, welche mikroskopisch nicht verfettet aussehen darf, und reicherte es an durch dreimal 24stündigen Aufenthalt in einer aus Rosinenwasser und Traubenzucker zusammengesetzten Flüssigkeit.

Nun fand B. schon im hängenden Tropfen seine Corpora vitreo-splendida. Diese vermochte er auf angesäuertem festem Nährboden weiterzuzüchten. Es zeigte sich ein sehr pleomorphes Lebewesen, welches B. mit Konstanz züchten konnte. B. sieht es als spezifisch und diagnostisch verwertbar an. Er fand es in Karzinomen, Endotheliomen und Sarkomen! In den Kulturen wuchs dominierend eine Kugelform (daher Blastozoon globosum genannt), die sich durch Sprossung vermehrte. Dies ist voraussichtlich nicht die einzige Fortpflanzungsform. Aber sie repräsentiert den Träger des Proliferationsreizes.

Digitized by Google

B. weist von vornherein zurück, daß seine Parasiten als Akzidentia angesehen werden könnten, und fordert zur vorurteilsfreien (besonders frei von Virchows zellulären Ideen und Reizanschauungen) Nachkultivierung auf. Werther.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Merkblatt für Soldaten zur Aufklärung über das Wesen und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, von Felix Edler von Menz-Graz. (Verlag Josef Safar, Wien und Leipzig.) Ein kurzes Mahnwort an die Soldaten in Form eines sechs Seiten umfassenden Heftchens über die Ursache, Verhütung und Gefahren der Geschlechtskrankheiten. Preis 10 Heller. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

XI. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Wien, 19. und 20. September 1913. Angemeldete Vorträge: Jadassohn-Bern u. Ehrmann-Wien, Tuberkulide (Referat); Königstein-Wien, Lymphogranulomatose; Arndt-Berlin, Lymphogranulomatose, Lupus pernio granuloma anulare; Zieler-Würzburg, Tuberkulide; Lewandowsky-Hamburg, Hautimmunität bei Tuberkulose; Mucha-Wien, Atypische Formen des Erythema induratum; Delbanco-Hamburg, Zu den Tuberkuliden; Kyrle-Wien, Lupoid Boeck; Grünfeld-Wien, Erythema induratum; Nobl-Wien, Pathologie des Erythema induratum; Gross u. Volk-Wien, Pathogenese der Tuberkulide; Oppenheim-Wien, Lupoid Boeck nach subkutaner Injektion; Sachs-Wien, Über Tuberkulide und papulo-nekrotische Sarkoide; Klausner-Prag, Fall von Erythema diutinum elevatum; Freund-Wien, Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose; Harttung-Breslau, Demonstration von Tuberkuliden; Jungmann-Wien, Besichtigung der Lupusheilstätte; Oppenheim-Wien, Gewerbekrankheiten; Ullmann-Wien, Xanthomatosis; Angiomatosis; Gross-Wien, Hydroa vacciniforme; Sachs-Wien, Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die Haut; Gewerbekrankheiten der Haut, Ätzgeschwüre mit Wasserglas; Anwendung des Urotropins in der Dermatologie; Bering u. Enomoto-Kiel, Experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie des Ekzems; Hecht-Prag, Fall von Sporotrichose; Kaufmann-Wolff, Trichophytie der Hände und Füße; Lier, Dermatosen bei Anazidität des Magens; Heidingsfeld-Cincinnati, Einige pathologische Erscheinungen der Nägel; Havas-Budapest, Hautimplantation; Müller-Wiesbaden, Thyreoidismus nach Sajodin; Jungmann-Wien, Radikale Methoden zur Heilung des Lupus und einiger Dermatosen; Matzenauer u. Polland-Graz, Pseudoleukämische Hautaffektionen; Freund-Wien, Beiträge zur Lupusbehandlung; Werther-Dresden, Zum Kapitel Erythrodermie; v. Petersen, Die Verbreitung der Orientbeule in Turkestan; Lipschütz-Wien, Mikroskopische Befunde bei Pemphigus; Luithlen-Wien, Veränderungen der Hautreaktion; Hübner-Marburg, Anatomie der Pemphigusblase; Kreibich-Prag, Anatomie der Lipoide; Nervenfärbung; Winkler-Wien, Nervenfärbung in der Haut; Fasal-Wien, Chemie des Pigmentes; Beck-Budapest, Veränderungen der Schilddrüse bei Ichthyosis; Pick-Wien, Bedeutung der Protozoen in der Dermatologie; Volk u. Gross-Wien, Biologie des Syphiliserregers; Winkler-Wien, Spirochätenstudien; Meirowsky-Köln, Beobachtungen an lebenden Spirochäten; Spiethoff-Jena, Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut; Bloch-Basel, Hautimmunität und Überempfindlichkeit; Winter-Schöneberg, Autovakzinebehandlung

Digitized by Google

bei Streptokokkenerkrankungen der Haut; Bruhns-Charlottenburg, Diagnostischer Wert des Gonokokkenvakzins; Havas-Budapest, Serobehandlung des Milzbrandes; H. Meyer-Kiel, Dosierung der Röntgenstrahlen; Freund-Wien, Biologische Wirkungen der Radiumstrahlen; Gunsett-Straßburg, Physikalische Therapie der Akne; Wichmann-Hamburg, Fortschritte in der Behandlung des tiefgreifenden Hautkrebses; Bering-Kiel, Wirkung des Lichtes; Dreyer-Köln, Therapie der Induratio penis plastica; Rost-Kiel, Neuere Untersuchungen über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut; Fürth-Wien, Behandlung der Lues mit Kontraluesin; Müller u. Stein-Wien, Kutireaktion bei Lues; Klausner-Prag, Versuche einer Abortivbehandlung der Lues mit Kontraluesin Richter; Kutanreaktion bei Lues; Rille-Leipzig, Infektiosität des Blutes Syphilitischer; Mulzer-Straßburg, Neuere Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung; Tomasczewski u. Forster-Berlin, Mikroskopische und tierexperimentelle Untersuchungen der progressiven Paralyse; F. Lesser-Berlin, Beiträge zur Vererbung der Syphilis; Beck-Budapest, Diagnostische Bedeutung der Papillitis optica bei der Säuglingssyphilis; Alexander-Berlin, Verfeinerung der Wassermann-Reaktion; Stern-Düsseldorf, Verwendung kleinster Extraktmengen bei der Wassermannschen Reaktion; F. Lesser-Berlin, Bedeutung der quantitativen Wassermannschen Reaktion; Gross u. Volk-Wien, Wirkung der Wassermann-Reaktion bei Syphilis; Blumenthal-Berlin, Wirkung des Antigens bei der Wassermannschen Reaktion; Frühwald-Leipzig, Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen; Bettmann-Heidelberg, Salvarsanbehandlung des Milzbrandes; Ullmann-Wien, Untersuchungen über Speicherungswerte und Organveränderungen verschiedener Arsen- und Quecksilberpräparate; Hecht-Prag, Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan und Quecksilber; Abortivbehandlung der Syphilis; Freund-Triest, Abortivkuren mit Salvarsan; Scherber-Wien, Frühbehandlung der Syphilis; Sachs-Wien, Abortivbehandlung der Syphilis; Stern-Düsseldorf, Konzentrierte Neosalvarsaninjektionen; Lier, Abortivbehandlung der Syphilis; Matzenauer-Graz, Merlusan; Gross u. Volk-Wien, Kritisches zur modernen Syphilistherapie und Wertung der Wassermann-Reaktion bei Syphilis; Blumenthal-Berlin, Chemotherapeutische Versuche mit Quecksilberpräparaten bei experimenteller Syphilis; Ullmann-Wien, Ergebnisse der Abortivbehandlung der luetischen Infektion; Sachs-Wien, Abortivbehandlung der Syphilis; Merk-Innsbruck, Einfache Methode der Behandlung des frühen Trippers der Männer; Fürth-Wien, Elektrargolbehandlung gonorrhoischer Komplikationen insbesondere der Epididymitis gonorrhoica; Leyberg-Lodz, Irrigationsurethroskopie der hinteren Harnröhre; Schäffer-Breslau, Urethritis und Epididymitis non gonorrhoica; Glück-Breslau, Biologische Studien an Gonokokken; Müller-Metz, Mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die Prophylaxe der Gonorrhoe? Sachs-Wien, Vakzinebehandlung der Gonorrhoe; Harttung, Thermopenetrationsbehandlung der Gonorrhoe.

Klinik Finger, Klinik Riehl, Abteilung Ehrmann, Lang, Rusch, v. Zumbusch usw., Fabry-Dortmund, Polano-s'Gravenshage, Werther-Dresden, Oppenheim-Wien, Volk u. Gross-Wien, Harttung-Breslau, Krankendemonstrationen.

Prof. Leo von Zumbusch, k. k. Primararzt am Krankenhause Rudolfstiftung in Wien, wurde als etatsmäßiger außerordentlicher Professor und Vorstand der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach München berufen und hat den Ruf angenommen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. August 1913 | Nr. 35 | Band 57

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Moskau
(Vorstand: Prof. Dr. J. Th. Selenew).

Trichophytie der Erwachsenen.

Von

Priv.-Doz. S. L. Bogrow und Dr. N. A. Tschernogubow.

Während die Haarerkrankungen, die vom Favuspilz hervorgerufen werden, unbegrenzte Dauer haben und natürlicherweise nur mit bleibendem Haarschwund endigen, ist die Kopftrichophytie eine Kinderkrankheit und wird überdies hauptsächlich bei Kindern im Schulalter beobachtet. So sprechen sich Lailler, Hardy, Colson, Barthélemy u. a. aus. Besnier fügt noch hinzu, daß die Kopftrichophytie nach 15 Jahren von selbst zur Heilung kommt, da die Kopfhaut für Pilzentwicklung nicht mehr passend wird. In Hauptzügen ist auch Sabouraud derselben Meinung: er behauptet, daß gewöhnlich nach 3—5 Jahren vom Anfang der Krankheit oder zur Pubertätsperiode die Heilung erfolgt; kleinsporige Trichophytie heilt früher, großsporige später. Die Ursachen dieser Selbstheilung sind unbekannt: möglich, daß hier chemische Änderungen des Sekretes der Talgdrüsen (Fettsäure) zur Zeit der Pubertät und Steigerung der bakteriziden Eigenschaften dieses Sekretes mit im Spiele sind. Eine einfache Steigerung der Menge des ausgeschiedenen Talges ist für Abwehr der Haut vor Pilzinvasion ungenügend, was aus großer Verbreitung der mykotischen Erkrankungen der Haare bei Kindern einiger afrikanischen Rassen und aus ungenügender prophylaktischer Wirkung der Einölung (Kusunoki) zu ersehen ist.

Wenn die Seltenheit der Kopftrichophytie bei kleinen (1—2 Jahre alten) Kindern durch ungünstige Gelegenheiten für die Übertragung des infektiösen Materiales erklärt werden kann, ist im Gegenteil bei Erwachsenen, besonders bei Eltern der kranken Kinder, diese Erklärung unpassend, da viele von ihnen nicht nur zur Zeit der Behandlung in Berührung mit kranken Hautteilen kommen, sondern auch manchmal in einem Bette mit ihren Kindern schlafen und somit in lange dauerndem Kontakt mit ihnen sich befinden. Zwar sind die Erwachsenen von Affektionen der unbehaarten Haut nicht verschont (Herpes circinatus), aber die Kopfhaut wird selten befallen und gewöhnlich ohne gleichzeitige Haarveränderungen (Besnier

Digitized by Google

und Doyon). Sabouraud erklärt diese Beobachtung durch mögliche Anwesenheit einer besonderen Trichophytonart, die die Hautadnexe nicht ergreift (Epidermophyton inguinale).

Eine wirkliche Kopftrichophytie mit Haarveränderungen bei Erwachsenen wurde sehr selten konstatiert. Trachsler beobachtete während der Hamburger Mikrosporieepidermie (1898) unter elf Kranken zwei Erwachsene (24 und 26 Jahre alt) mit großen kahlen Flecken und kleinsporigem Pilz. Mc Leod demonstrierte 1911 eine 23jährige Frau mit Mikrosporie [1]). Alle übrigen Mitteilungen aber haben zum Gegenstand Befunde des großsporigen Endothrixpilzes in Fällen von kleinfleckiger Trichophytie. Der erste Fall gehört Pellizzari (44jährige Frau). Zwei Fälle von „Ringworm" beobachtete Thin. Aldersmith demonstrierte in der Londoner Dermatologischen Gesellschaft einen 23jährigen Mann, der sich von seinem Bruder infiziert hatte. Pernet fand bei einer 60jährigen Frau Trichophytie der Kopfhaut. Mikroskopisch Tr. megalosporon endothrix, Kultur gelang, aber keine weiteren Angaben darüber werden mitgeteilt. Viel wichtigeres Material wurde von Sabouraud gesammelt: er beobachtete zweimal Tr. acuminatum bei Erwachsenen (17 und 22 Jahre alt), einmal Tr. crateriforme (eine 65jährige Frau infizierte sich von ihrer Enkelin). Im allgemeinen heilen die Affektionen, durch Tr. acuminatum und crateriforme hervorgerufen, von selbst im Alter von 15—16 Jahren, sehr selten später im 18.—20. Jahre. In Gegensatz zu Besniers Behauptung können sie aber da narbige Veränderungen hinterlassen. Öfter kann man im Alter von 14—16 Jahren Trichophytie, von Trich. violaceum verursacht, wenigstens als Folge früherer Infektion, begegnen. Außerdem wurde von Sabouraud Tr. violaceum aus zwei Fällen (35jährige Frau aus Aleppo und 50jährige Frau aus Kiew-Rußland) isoliert. Schramek züchtete Tr. crateriforme regulare aus der Kopfaffektion bei einem 23jährigen Mädchen. Viel gewöhnlicher scheint die Kopftrichophytie bei Erwachsenen in Japan zu sein: Takahashi beobachtete drei Fälle (von 21—30 Jahren), Kusunoki sechs Fälle im Alter über 20 Jahren, endlich werden in der Statistik von Orikoshi, Dohi und Mine für die Periode über elf Jahre 63 Fälle von Kopftrichophytie im Alter von 20, 30 Jahren und weiter gesammelt.

Während der letzten Monate haben auch wir zwei Fälle von Kopftrichophytie bei Erwachsenen beobachtet.

Im ersten Falle bildete die Quelle der Infektion die Krankheit bei dem 11jährigem Mädchen Anna S.: an einigen Kopfteilen (Hinterhaupt, Vertex und Schläfen) besaß sie schuppige Herde mit abgebrochenen Haaren, die vor neun Monaten entstanden. Die Mutter der Kranken, Xenia S., 37 Jahre alt, die ihrer Tochter jeden Tag den Kopf gewaschen und mit Salbe eingerieben hatte, bemerkte vor sieben Monaten auch bei sich selbst eine verdächtige Desquamation und Jucken des Hinterhauptes. Hier konnte bei Untersuchung reiche Ablagerung festsitzender, weißlich-grauer, trockener Schuppen gefunden werden, die fast ununterbrochen einen breiten Streifen in der Mitte des Hinterhauptes von Protub. occip. ext. nach unten bis zur Haargrenze bildeten und abklingend

[1]) Neuerdings wird das Mikrosporon von Sabouraud als selbständige, vom Achorion und Trichophyton abgegrenzte Pilzart angesehen.

Digitized by Google

noch auf Fingerbreite weiter nach unten sich vorfanden. Die Schuppung entwickelte sich auf erythematösem Fond ohne follikuläre Erhebungen. Ohne scharfe Grenzen gingen diese Veränderungen in normale Haut über. Auf der behaarten Haut konnte man bei Schuppenabnahme eingebettete, mit runden, großen, kettenförmig (aus 3—8 Gliedern) angeordneten Sporen dicht ausgestopfte Haartrümmer bemerken. Nach Kurzschneiden der Haare kamen noch an anderen Stellen kleine zerstreute Herde mit leichter Hyperämie und Schuppung, aber ohne abgebrochene Haare zum Vorschein. Etwas später (vor vier Monaten) entstand ein Fokus auf der rechten Hälfte des Okziput bei älterer, 15 Jahre alter Tochter der Kranken. Mikroskopisch stimmte das Bild mit dem des Tr. endothrix, in Kultur wurde Tr. violaceum gezüchtet. Behandlung wurde mit Röntgentherapie und Dreuwscher Salbe durchgeführt.

Im zweiten Falle erkrankte zuerst (vor sieben Monaten) Anna W., zwölf Jahre alt. Zerstreute schuppige, kleine, kahle Herde wurden erfolglos mit Salben behandelt. Durch Ansteckung bekamen die Krankheit zwei kleinere Schwestern, Katharina, acht Jahre, und Lydia, sieben Jahre alt, endlich auch ihre Mutter Anasthasia W., 33 Jahre alt. Bei letzterer entwickelte sich vor zwei Monaten hinter der linken Ohrmuschel leichte Hautschuppung, von Jucken begleitet. Gelblich-weiße Schuppen enthielten eine Menge von Fetttropfen und abgebrochene, mit runden Sporen gefüllte Härchen. Nach Ablösung der Schuppen kamen weiße follikuläre Stachelchen wie bei follikulären Keratosen zum Vorschein. Symmetrisch rechts klagte die Kranke auch über Jucken, aber keine Röte und Schuppung war hier anwesend. Wahrscheinlich war die Infektion infolge des gemeinschaftlichen Gebrauches des Kammes entstanden. Bei Mutter und Töchtern gelang es Trich. crateriforme zu züchten. Hier war auch die Röntgentherapie angewandt.

Obwohl die oberflächlichen Trichophytien der behaarten Kopfhaut bei Erwachsenen ziemlich selten sind, werden tiefe Veränderungen dieser Regionen und besonders des Bartes viel öfter beobachtet und können hier entweder mit ihrer trocken-schuppigen und fast kahlen Oberfläche der gewöhnlichen Kopftrichophytie nicht unähnlich werden, oder können stärkere Entzündungsreaktionen, isolierte (Sykosis) und gruppierte Follikulitiden (Kerion), manchmal sogar wirkliche Granulome erzeugen. Solche Erscheinungen werden meist von Pilzen tierischen Ursprunges hervorgerufen, die größere Virulenz, größere Wachstumsgeschwindigkeit besitzen und zur Ektoendotrixgruppe gehören. Aber die Beobachtungen zeigten, daß außer ihnen als Erreger der Inflammationsherde im Barte auch andere, in der Regel nicht pyogene Pilze getroffen werden können: so fanden manchmal italienische und englische Autoren Tr. violaceum (Mibelli, Pelagati, R. Crocker, Bolam). Selten wurden bei Granuloma trichophyticum Tr. endotrix cerebriforme (Pini) und Tr. plicatile (Sequeira, Vignolo-Lutati) gezüchtet. Wir bekamen bei einem 25jährigen Offizier aus sykosiformen, phlegmonösen Eiterungen der Mentalgegend eine Reinkultur vom Mikrosporon lanosum, der einen Pilz zwar tierischen Ursprunges, aber ohne stark entzündliche Eigenschaften darstellt. Somit kann man annehmen, daß überhaupt die stärkere Virulenz des Pilzes sein Hineindringen in behaarte Haut der Erwachsenen erleichtert.

Digitized by Google

Dasselbe ist über trichophytische Affektionen der Nägel zu sagen. Die Nageltrichophytie wird nicht oft beobachtet, obwohl sie bei Erwachsenen vielleicht öfter als bei Kindern die einzige krankhafte Erscheinung bildet: in Meissners Falle handelte es sich um einen 80, in Lespinasses Falle um einen 73jährigen Greis (der letzte besaß die Nagelveränderungen seit 30 Jahren). Pilzkulturen aus den Nägeln bekamen Sabouraud (Tr. acuminatum und Tr. violaceum), Dalla Favera (Tr. violaceum und roseum), Cranston Low (Tr. crateriforme flavum und Tr. violaceum), Dreuw (Tr. gypseum), Vignolo-Lutati (Tr. plicatile). In Schrameks Fällen wurde bei zwei Kranken aus den Nägeln Tr. violaceum isoliert. Bei dem dritten 23jährigen Mädchen existierte diffuse Abschilferung der Kopfhaut und Nagelveränderungen von 17jähriger Dauer; aus beiden Herden gelang es eine Varietät des Tr. crateriforme-Tr. regulare zu züchten.

Indem die Häufigkeit der Nageltrichophytien nach Literaturangaben von 1—13% schwankt, haben wir bei Kindern Trichophytie der Nägel nur in 2% gefunden.

In zwei Fällen trichophytischer Affektion der Nägel bei Erwachsenen haben wir Tr. violaceum, in einem Falle Tr. crateriforme, und in einem Falle Tr. acuminatum (Tr. cremosum pulverosum) isoliert. Hier kann nochmal die Schwierigkeit der Kultivierung des Pilzes aus den Nägeln betont werden.

Aus angegebener Übersicht ist es klar, daß die Trichophytie bei Erwachsenen am meisten durch stark virulente Pilze mit pyogenen Eigenschaften, d. i. vorzüglich durch Pilze tierischen Ursprungs, hervorgerufen wird. Deswegen gehören Kerion, Sykosis parasitaria und Granuloma trichophyticum nach allgemeiner Anerkennung zu den Krankheiten, die von gewissem Alter unabhängig sind. Zu ihnen steht am nächsten von anderen Pilzen Tr. violaceum, und wirklich sehen wir ihn öfter als andere in Haut- und Nagelerkrankungen bei Personen, die das Kinderalter überschritten haben. Sogar sind die pyogenen Eigenschaften dieses Pilzes in einigen Gegenden so ausgesprochen, daß z. B. Majocchi ihn für einzigen Erreger des trichophytischen Granuloms hält. Andererseits soll auch die Rolle des Bodens so viel nicht vergessen werden, als von ihr die Vorbereitung der Immunsubstanzen abhängt. Klinische Beobachtungen über langsam oder gar nicht eintretende Selbstheilung in einigen Trichophytiefällen, sowie auch einander widersprechende Resultate der experimentellen Forschungen über die Frage von der Immunität bei Trichophytie, beweisen starke individuelle Schwankungen bei Reaktion des Organismus auf eingeführtes Infektionsmaterial (Lombardo, Prytek). Zweifellos geht der Erkrankung der Hautadnexe die Pilzinvasion in die Haut voran, und deswegen darf die verhältnismäßige Seltenheit der Infektion der Erwachsenen nicht nur ausschließlich den Eigenschaften der Hautadnexe (chemischer Bestand des Hauttalges, Lockerwerden der Nagel-

Digitized by Google

platte) zugeschrieben werden. Lokalisation der schwach virulenten Pilze (Nägel, Haare) hängt eher von schwerer Zugänglichkeit dieser Organe für Immunsubstanzen ab (Kusunoki). Es ist ganz klar, daß größere immunisatorische Kräfte des reifen Organismus im Vergleich mit kindlichen überhaupt die Ansiedlung schwach virulenter Pilze unmöglich machen können.

Aus unserer kurzen Notiz folgt erstens die Möglichkeit der Übertragung der Trichophytie auf Erwachsene, wobei besonders gefährlich die Infektion mit pyogenen Trichophytonpilzen ist, und zweitens die verhältnismäßige Häufigkeit der Trichophytie der Erwachsenen (Haare und Nägel), die von Tr. violaceum verursacht ist. Sabourauds Meinung, daß dieser Pilz in Rußland sehr verbreitet ist, können wir völlig bestätigen, da aus 50 Trichophytonkulturen, die wir in zwei Semestern von 1912/1913 gezüchtet haben, haben wir bekommen:

Tr. acuminatum . . .	in	9	Fällen
Mikrosporon lanosum .	„	7	„
Tr. crateriforme . . .	„	6	„
Tr. violaceum	„	28	„
Total		50	Fälle

Dazu muß noch bemerkt werden, daß Tr. violaceum nicht nur bei Kindern, die sich in Moskau infizierten, sondern auch bei angekommenen aus Tula, Samara, Batum, Rostow am Don, Mogilew und anderen Gegenden gefunden war. So muß diese Trichophytonvarietät für endemisch in verschiedenen Punkten von Rußland gehalten werden. Diese Tatsache ist auch in bezug auf die Prognose der Kinderkopftrichophytie wichtig, da dieser Pilz die Ursache der Hartnäckigkeit der Affektion (über zehn Jahre Dauer in einem unserer Fälle) und ziemlich oft des ständigen Haarschwundes bildet. Es ist interessant, daß gerade in Japan, wo so verbreitet die Kopftrichophytie der Erwachsenen ist, auch Tr. violaceum sehr häufig getroffen wird (Kusunoki).

Zum Schlusse sprechen wir dem hochverehrten Herrn Prof. I. Th. Selenew für sein Entgegenkommen bei Ausführung dieser Arbeit unsern Dank aus.

Literatur.

1. Aldersmith, Derm. Society of London, 8. XII. 1897, Brit. Journ. of Derm., 1898, Nr. 1. — 2. Bogrow, Dermatomykosen in „Medizinische Mikrobiologie", red. v. Tarassevitsch, St. Petersburg 1912/13 (russisch). — 3. Bolam, Trichophyton rosaceum. Brit. Journ. of Derm., 1912, Nr. 1. — 4. Kusunoki, Studien zur Lehre der Dermatomykosen. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 114, H. 1. — 5. Lombardo, Ricerche della ipersensibilità i immunità in alcune dermatomicosi. Giorn. ital. delle mal. vener., 1911. — 6. Majocchi, 7. Mazza, Sul granuloma tricofitico. Giorn. ital. delle mal. vener., 1912, Nr. 2, S. 243—245. — 8. Pellizzari, Ricerche s. Tr. tons. Giorn. ital. delle

Digitized by Google

mal. vener., 1888. — 9. Pernet, Tinea tonsurans in a patient about sixty. Brit. Journ. of Derm., 1912, Nr. 4. — 10. Prytek, Zur Kenntnis der Immunität nach Trichophytieinfektion. Arch. f. Derm., Bd. 113, S. 821. — 11. Sabouraud, Les teignes. Paris 1910. — 12. Schramek, Beitrag zur Trichophytie des Kopfes und der Nägel. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 975. — 13. Sequeira, A case of trichophytic granulomata. Brit. Journ. of Derm., 1912, Nr. 6. — 14. Truffi, Tricofizia ungueale. Giorn. ital. delle mal. vener., 1912, Nr. 1. — 15. Thin, Pathology and treatment of ringworm. London 1887.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Kgl. Universität Turin (Vorstand: Prof. S. Giovannini).

Eine neue Spritze für intravenöse Injektionen.

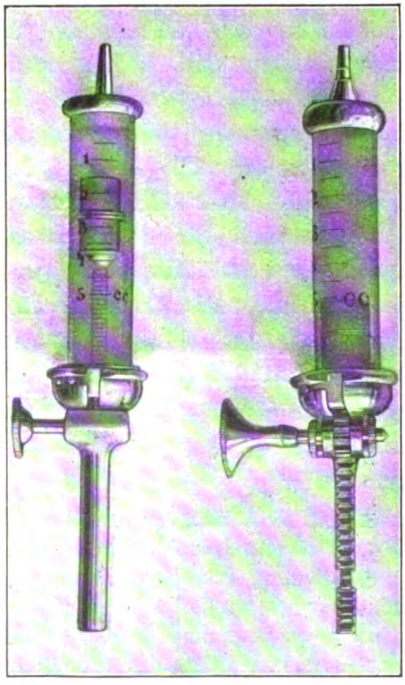
Von

Dr. Artur Fontana, Privatdozent und Oberassistent.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 1 Abbildung.)

Duhot, Ravaut, Stern, Strauss und andere haben vor kurzem vorgeschlagen, das Neosalvarsan in konzentrierter Lösung (1:10) intravenös einzuspritzen und zwar vermittels gewöhnlicher Spritzen. Ich habe bei der Anwendung der neuen Methode beobachtet, daß, wenn man gewöhnliche Spritzen benutzt, der Kolben infolge der Länge des Stabes nicht immer glatt und ohne Rucke fortschreitet und damit die Einspritzung zuweilen einige Schwierigkeiten darbietet.



Ich habe infolgedessen eine besondere Spritze herstellen lassen, bei welcher die Fortbewegung des Kolbens durch ein Zahnrad und eine Zahnstange bewirkt wird; diese Spritze (Rekord-scher Typus) wird in zwei Modellen hergestellt: bei dem einen ist das Zahnwerkzeug sichtbar, bei dem anderen durch eine besondere Vorrichtung verborgen. (Vgl. Abbildung hierneben.)

Um den Kolben fortgleiten zu lassen, braucht man nur den Knopf zu drehen.

Digitized by Google

Erfahrungen mit Jodocitin.

Von

Dr. Hermann Mayer, Berlin,
Spezialarzt für Haut- und Harnleiden.

Da die Bindung des Jods bei den meisten organischen Jodpräparaten mangelhaft ist, wird das Jod bereits im Magen schnell abgespalten. Die Folgen davon sind die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen, Jodschnupfen, Exantheme und Magenstörungen. Es bestand daher schon längst die pharmakologische Aufgabe, das Jod so an organische Substanzen zu binden, daß die Abspaltung erstens nicht im Magen, sondern im Darmkanal erfolgt, und zweitens, daß die Abspaltung nur ganz allmählich vor sich geht, um die Nebenwirkungen nach Möglichkeit auszuschalten. Im Jodocitin scheinen diese Aufgaben gelöst zu sein. In diesem Präparat ist das Jod teils an Lezithin, teils an Eiweiß gebunden und kommt so langsam zur Abspaltung, daß in der Tat alle bis jetzt vorliegenden Arbeiten die Ausschaltung der lästigen Nebenwirkungen des Jods betonen.

Nach den Untersuchungen von Neuberg erscheint bei der Darreichung von Jodocitin das Jod bereits nach 4—5 Stunden im Harn und ist nach 48 Stunden nicht mehr nachzuweisen. Damit ist eine unangenehme und in manchen Fällen geradezu gefährliche Anhäufung von Jod im Organismus so gut wie ausgeschlossen.

Bezüglich der Resorption wurde von Metzger nachgewiesen, daß das Jodozitin nicht im Magen gespalten wird, sondern erst im Darm zur Resorption gelangt. So erklärt es sich auch, daß reizende Wirkungen auf die Magendrüsen nicht stattfinden und eine Magensaftsekretion nur in geringem Grade verursacht wird. Einem Hunde wurde das Präparat 47 Tage lang in steigenden Dosen (im ganzen 25 g Jod) ohne Beeinträchtigung seines Wohlbefindens gegeben. Isaac sagt sogar dem Jodocitin eine besondere, appetitanregende Wirkung nach.

Diese auch von mir zu bestätigenden Eigenschaften finden nach den neuesten wissenschaftlichen Beobachtungen ihre Erklärung. Eine aus dem Goldscheiderschen poliklinischen Institut hervorgegangene Arbeit: „Die Verdauung des Lezithins bei Erkrankung des Magendarmkanals“ von R. Ehrmann und Kruspe (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 24, S. 1111) erbringt die nötigen Aufschlüsse. Die Verfasser beobachteten bei Abschluß von Galle und Pankreassekret vom Darm eine außerordentlich schlechte Ausnutzung des Lezithins und dementsprechend eine derart vermehrte Ausscheidung desselben mit dem Kot, wie sie bei Darreichung

Digitized by Google

von Lezithin unter normalen Verhältnissen in dem dann fast lezithinfreien Kot nicht auftritt. Die Verfasser schließen ihre Ausführungen wie folgt: „Sie (die Beobachtung) zeigt nämlich, daß das gesamte Lezithin nicht, wie man annahm, erst durch den Pankreassaft in seine Komponenten (Glyzerin, Phosphorsäure, Cholin und Fettsäure) zerlegt und diese dann resorbiert werden, sondern der größte Teil des Lezithins wird ohne vorhergehende Spaltung als Lezithin resorbiert. Hierdurch gewinnt auch die therapeutische Verwendung erst ihre Begründung, die ihr bei der bisher angenommenen Aufspaltung im Darmkanal gänzlich fehlte.“ Diese hiermit festgestellte Verwertbarkeit des Lezithins als Roborans und Tonikum läßt auf die glückliche Zusammensetzung des Jodocitins den Schluß zu, daß sich dieses Präparat den modernen therapeutischen Anschauungen vollkommen anpaßt. Das Lezithin, mit welchem ja im Jodocitin das Jod kombiniert ist, ist bekanntlich ein natürlicher Bestandteil der meisten körperlichen Organe, insbesondere des Nervensystems, der roten Blutkörperchen, des Knochenmarkes usw.

Bei pathologischen Zuständen ist dementsprechend der Lezithinverlust von großer Bedeutung; besonders bei syphilitischen und den sogenannten metasyphilitischen Prozessen am Nervensystem erfolgt auf Grund wissenschaftlicher Prüfungen (Pebitz) ein starkes Ansteigen der Lezithinausscheidung mit den Fäzes, so daß bei der Anwendung von Jod gerade die gleichzeitige Zufuhr von Lezithin von ungeheurer Wichtigkeit ist, indem die Wahrscheinlichkeit besteht, daß das Jod mit dem Lezithin als Transporteur gerade an die lezithinverarmten, von Krankheitsvirus angegriffenen Stellen abgegeben wird.

Ich habe das Jodozitin in über 100 Fällen von Syphilis im Anschluß an die kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur angewandt. Ich gebe meinen Patienten gewöhnlich zunächst fünf Salvarsaninfusionen in Abständen von je 14 Tagen und schließe an die letzte Salvarsaninfusion eine Quecksilbereinreibung oder Spritzkur. Nach Beendigung derselben erhalten die Patienten eine Jodocitinkur, während welcher sie dreimal täglich eine Tablette Jodocitin einnehmen. Ich habe bei keinem der Patienten unangenehme Nebenerscheinungen erlebt. Was die Wirkung des Jodocitins anbetrifft, so habe ich in einigen Fällen von Gehirnsyphilis der Salvarsankur eine halb- bis ganzwöchentliche Darreichung von Jodocitin vorausgehen lassen und habe dabei meist schon vor Verabfolgung des Salvarsans ein deutliches Zurückgehen oder gänzliches Verschwinden der spezifischen Erscheinungen gesehen.

Das Jodocitin ist also sowohl hinsichtlich seiner Wirkung, wie hinsichtlich des Mangels an Nebenwirkungen ein sehr empfehlenswertes, den neuesten Forschungen entsprechendes Jodpräparat.

Digitized by Google

Feuilleton.

Grundsätzliches zur Frage der Prostitution[1]).

Von

Pastor Wilh. Kiessling, Hamburg.

Alle, die der Prostitution ernstliche Aufmerksamkeit widmen, ganz gleich von welcher Fakultät her sie kommen, Ärzte oder Juristen, Volkswirtschaftler oder Pädagogen, alle werden darin übereinstimmen, daß sie die Prostitution für die allerniedrigste und für den Einzelnen sowohl wie für die Gesamtheit für die allergefährlichste Form der Befriedigung der geschlechtlichen Triebe erklären. Die allerniedrigste, weil sie den Geschlechtsverkehr loslöst von allen Motiven persönlicher Zuneigung, ihn den einen zum Gegenstand des Erwerbes, den anderen zur käuflichen Ware macht. Die allergefährlichste nicht nur wegen der körperlichen Verseuchung der Menschheit mit allen Giftstoffen geschlechtlicher Erkrankungen, sondern ebensosehr wegen der Vernichtung aller moralischen Kräfte, aller seelischen Werte durch die Hingabe an sie. Dazu kommt noch als allerübelste Nebenerscheinung der Mädchenhandel, der unausrottbar namentlich dort ist, wo man durch Kasernierung der Prostitution ihre schlimmsten Gefahren eindämmen zu können glaubt.

Auf diesem gemeinsamen Boden der Verurteilung der Prostitution als eine der schwersten Gefährdungen gesunden Volkslebens stehen nun aber zwei gegensätzliche Meinungen in schroffstem Widerspruch gegeneinander: die eine, die die Prostitution für ein Übel zwar schlimmster Sorte, aber doch für ein notwendiges, zum mindesten aber unausrottbares Übel hält, die daher von den maßgebenden staatlichen Instanzen ein Vorgehen gegen die Prostitution erwartet, das letzthin immer auf eine Duldung und Anerkennung derselben hinausläuft, die andere, die vielleicht auch an die völlige Überwindung dieses Übels nicht glaubt, aber vom Staat doch erwartet, daß er so gegen dieses Übel vorgeht, als wollte er es nicht dulden, sondern überwinden.

Diese beiden Meinungen stehen einander gegenüber, das Recht der zweiten wird sich aus einer kritischen Beurteilung der ersten von selbst ergeben.

Bisher ist die Meinung: die Prostitution ist ein notwendiges, zum mindesten unausrottbares Übel die allein geltende gewesen; alles, was bisher staatlicherseits gegen die Prostitution getan ist, geht von dieser Meinung aus. Alles aber, was *gegen* die Prostitution getan wird, ohne den Willen sie ausrotten zu wollen, läuft hinaus — das ist das Verhängnisvolle — in eine Fürsorge *für* die Prostitution!

Man hat sie reglementiert und kaserniert, hat den Prostituierten größte Freiheitsbeschränkungen auferlegt, die Möglichkeit strengster ärztlicher Kontrolle schaffen wollen, aber man hat der Prostitution mit all diesen Maßnahmen das gegeben, wovon sie lebt, gesteigerte Nachfrage! Alle ärztlichen Vorsichtsmaßregeln aber werden illusorisch, je stärker die Inanspruchnahme der Prostitution gerade im Vertrauen auf diese Maßregeln wird. Solange man die Prostitution als ein notwendiges Übel dulden will, wird das Wort „Übel" überhört werden; und die Worte: „notwendig" und „geduldet" werden allein, der Jugend besonders, in den Ohren liegen! Was geschieht, um das Übermaß

[1]) Nach dem auf der Tagung des Deutschen Bundes für Mutterschutz, Berlin, Juni 1913, gehaltenem Referat.

Digitized by Google

gesundheitlicher Gefahren einzudämmen, wird von der Menge als eine Beseitigung dieser Gefahren verstanden und läßt gerade dadurch die Gefahren erst ins Riesengroße wachsen.

So erweist sich die Meinung von dem notwendigen Übel in allen Maßnahmen, zu denen sie führt, als eine Stärkung und Steigerung aller übeln Folgen!

Aber, ist sie nicht notwendig? Sie hat ja bestanden zu allen Zeiten und hat um so stärker bestanden, je höher die Kultur war! Das sind Gründe, mit denen sich auch im vorigen Jahrhundert noch die Sklaverei verteidigen ließ, das ist kein Beweis. Es ist doch überhaupt in der Menschheitsgeschichte erst unserer Kulturepoche die Aufgabe zugewiesen, die unveräußerlichen Rechte der menschlichen Persönlichkeit auf Freiheit und Würde zu erfassen und der Verwirklichung näher zu führen. Es konnte erst unter den Einwirkungen unserer inneren Kultur der Gedanke sich durchringen, daß nicht notwendiges Übel sein kann, was so den Menschen, so das Weib herabsetzt und entwürdigt, wie die Prostitution. Keine frühere Zeit konnte ernstlich den Kampf gegen die Prostitution aufnehmen, weil ja doch heute noch nicht die Kantsche Forderung: niemals eine Person bloß als Mittel zu gebrauchen, sich als allgemein gültiges Sittlichkeitsgebot durchgesetzt hat. Also der Hinweis auf das Alter der Prostitution gilt nicht!

Aber ist die Prostitution nicht in der Natur des Menschen, in seiner physiologischen Beschaffenheit begründet, über die wir doch nicht einfach auch mit dem stärksten Idealismus nicht hinwegkommen? Gewiß, die Natur des Menschen ist so, daß Tugend und Untugend in seiner Brust dauernd im Widerstreit liegen, und daß eine dauernde Spannung besteht zwischen Selbstbeherrschung und Unterwerfung unter seine Triebe. Es liegen auch alle Erscheinungen des Verbrechens in der Natur des Menschen begründet, so tief begründet, daß wir es für Utopie halten, es könne je etwa durch Umgestaltung der wirtschaftlichen Lebensbedingungen eine Zeit kommen, da sich der Kampf gegen das Verbrechen erübrigte, weil es keine verbrecherischen Naturen mehr geben wird! Und kein Mensch wird darum das Verbrechen dulden wollen. Dabei sind wir gegen den Verbrecher gar nicht mehr so unduldsam wie frühere Zeiten. Wir sind damit einverstanden, daß unser Strafvollzug noch viel humaner wird, daß man viel sorgfältiger krankhaften Erscheinungen in der Welt des Verbrechens nachspüre und viel häufiger die Strafanstalt durch die Heilanstalt ersetzt, aber wir denken nicht daran, dem Verbrechen deshalb irgend welche Duldung zu gewähren, weil nun einmal die menschliche Natur diesen verbrecherischen Hang hat!

Keinem Vater wird es gelingen, seinen Sohn zur unbedingten Wahrhaftigkeit zu erziehen oder zur bedingungslosen Treue. Und doch muß er beides fordern, und doch kann er nicht seinem Sohn sagen, weil du die Lüge nicht ganz überwinden kannst, so lüge wenigstens nur zu bestimmten Zeiten und gegenüber bestimmten Menschen! Das hieße doch der Lüge den Freipaß geben. Nicht anders heißt es, der Prostitution den Freipaß geben, wenn man die Bedingungen feststellt, unter denen sie geduldet werden soll! Man kann nicht bekämpfen, was man duldet, kann nicht überwinden, was man reglementiert!

Wir meinen, das seien so klare, so selbstverständliche Wahrheiten, daß keiner sich ihnen verschließen könnte. Und dennoch der Widerspruch von allen Seiten, und das Entsetzen: „Ja, soll der Staat denn alles ruhig gehen lassen, wie es gehen will?" Das soll er gar nicht; nur was er tut, soll er tun aus dem Willen heraus, die Prostitution zu beseitigen. Gewiß reicht dazu Polizeigewalt allein nicht aus. Gesetze über Mindestlohn, über Wohnungspflege, über Alkoholausschank und viele andere indirekte Kampfesmittel werden erforderlich sein. Eines weitgehenden Schutzes für die vom Manne im Stich gelassene uneheliche Mutter werden wir bedürfen, auch einer ganz

Digitized by Google

anderen Auffassung von den erziehlichen Pflichten des Elternhauses und der Schule. Viele Mittel und Wege, die durchaus noch nicht erschöpft und zu Ende gegangen sind. Alles, was bisher gegen die Prostitution geschah, ging von der Meinung aus, sie ist unausrottbar, sie muß geduldet werden. Gehen wir einmal ernstlich von der anderen Meinung aus, keine Duldung, nur Kampf, Kampf mit allen Mitteln sozialer Fürsorge, mit aller Strenge sittlichen Ernstes, wir werden doch weiter kommen!

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft zu Rio de Janeiro.

Sitzung vom 7. April 1913.

Über **Blastomykose** spricht F. Terra. Unter den bei uns herrschenden Tropenkrankheiten zeichnet sich die Blastomykose durch vermehrte Häufigkeit aus. Sie wird daran nur von der tropikalen Leishmaniose übertroffen, während die Framboësie und die Sporotrichose bezüglich des Auftretens hinter ihr stehen. Eine besondere Eigenschaft der Blastomykose bei uns ist ihre abnorme Heftigkeit in den Krankheitserscheinungen, indem die vorgekommenen Fälle bis heute regelmäßig zum Tode führten. Eine andere ebenfalls bei uns regelmäßig beobachtete Tatsache ist die Lokalisation der Veränderungen, die sich in der großen Mehrzahl der Fälle auf die Mund- und Rachenschleimhaut beschränken. Eine weitere Eigenschaft der Krankheit ist ihr rascher Verlauf, indem sie selten länger als ein Jahr dauert.

Der hier referierte Fall folgt genau dieser Regel und zeigt ein bedeutend verkürztes Entwicklungsstadium.

Die klinische Diagnose ist im allgemeinen leicht und wird fast immer bestätigt durch das Vorhandensein der Parasiten in den Verletzungen, deren Auffindung eine einfache Technik erheischt.

Soweit unsere Kenntnis reicht, wurden vom Jahre 1908—1912 in unserem Lande 18 durch mikroskopische und kulturelle Untersuchung völlig einwandfrei festgestellte Fälle beobachtet.

Persönliche Beobachtung. G. M. Amaro, Weißer, Brasilianer, 32 Jahre alt, ledig, Feldarbeiter aus dem Innern, kam auf meine Abteilung der Dermatologischen Klinik am 8. März 1912. Er gibt an, sein Vater sei an Asthma gestorben, Mutter und Geschwister lebten noch und seien gesund. Er selbst erfreute sich immer völliger Gesundheit und sei nie syphilitisch infiziert gewesen. Der Kranke zeigt gute Körperkonstitution und, wie er sagt, habe er immer ungeschwächte Arbeitskraft besessen.

Im September 1912 bemerkte er am linken Nasenflügel eine Knötchenbildung, die rasch größer wurde und in kurzer Zeit geschwürig zerfiel. Bald darauf zeigten sich weitere Knötchen im Gesichte ebenfalls mit geschwürigem Zerfall und ferner Veränderungen in der Mundhöhle und Anschwellung der umliegenden Drüsen. Gegenwärtig zeigt der Kranke stark herabgesetzten Ernährungszustand, ist mager, hat Mühe beim Gehen, die äußere Hautbedeckung und die Schleimhäute sind blaß. Die Veränderungen werden von Tumoren und Geschwüren gebildet, die fast alle auf den unteren Teil des Kopfes lokalisiert bleiben. Es finden sich Knoten von der Größe einer Haselnuß in der Gegend des Wangenknochens neben der Commi-

Digitized by Google

sura labialis und neben dem Tragus der linken Seite, während auf der rechten Seite nur ein solcher in der Gegend des Kaumuskels existiert. Die Knoten sind von weicher Beschaffenheit, dunkler Farbe, im mittleren Teile manchmal bedeckt von kleinen Borken, welche Höhlungen verbergen, aus denen sich seröser Eiter entleert. Die vorhandenen Geschwüre bildeten sich aus Knoten verschiedener Ausdehnung und sind in der Stirngegend zwischen den Augenbrauen, in den Augenhöhlenbogen auf beiden Seiten, am linken Nasenflügel neben der linken nasolabialen Furche, in der Wangen- und Kaumuskelgegend der gleichen Seite, andere in der Gegend des Wangenknochens und der Wange der rechten Seite lokalisiert. Die Geschwüre sind unregelmäßig zerstreut, die einen isoliert, die anderen vereinigt, einige bedeckt von einer weichen, feuchten, gelben oder dunklen Borke. Der Rand ist über das Hautniveau erhaben, zeigt dunkelrote Farbe und kleine Sieblöcher, aus denen auf Druck eine serös eiterige Flüssigkeit sich ergießt. Der Grund unter dem Hautniveau hat bei fast allen Geschwüren eine wenig festhaftende Borke, ist unregelmäßig, dunkelrot, erfüllt von einer eitrig serösen Flüssigkeit und blutet leicht. Das Geschwür auf der Mundschleimhaut beginnt in der Höhe des linken großen Mollaris und endet im oberen Teile des vorderen Gaumenbogens. Die Ränder sind wie ausgeschnitten, der Grund rot, unregelmäßig und papillomatös. Die Drüsen der Halsseite sind stark vergrößert, einige fluktuierend, viele davon schon offen mit ähnlicher Geschwürsbildung wie im Gesichte. Die mikroskopische Untersuchung des Geschwürsekretes, ebenso des Eiters aus den Drüsen ließ die Gegenwart zahlreicher Zellen von Blastomyzeten in verschiedenen Entwicklungsstadien erkennen. Der Kranke starb an Kachexie im März dieses Jahres; die vorgenommene Sektion stellte auch Veränderungen der inneren Organe fest.

Diskusion: GASPAR VIANNA. Bei der Obduktion fanden sich tuberkuloide, hämatogene Veränderungen in der Lunge. Drüsen, einige davon vereitert, waren von Blastomyzeten überschwemmt. Perikarditische Plaques im linken Herzventrikel. Interessante Veränderungen in den Nebennieren: Die linke hatte zahlreiche weißliche Knötchen, während das eigentliche Gewebe völlig zerstört war; die rechte, weniger verändert, zeigte ebenfalls zahlreiche Knötchen. Die Därme, namentlich der Dickdarm, in dem neben der Ileozökalklappe ein Geschwür saß, waren ebenfalls angegriffen. Der Wurmfortsatz war vergrößert, entzündet und in den Wänden Knötchen. Es ist dies deshalb interessant, weil uns kein Fall von Appendizitis durch Blastomykose bekannt ist. Meningitis der Basis mit weißen Granulationen. Nieren mit embolischen Abszessen, in der Milz und der Leber hämatogene Blastomykose. Die histologischen Schnitte zeigten überall das Vorhandensein von Blastomyzeten.

ADOLPHO LUTZ. Es scheint, daß die allgemeine Ausbreitung der Krankheit die im Anfange auf die Haut oder Schleimhaut lokalisiert war, auf dem Blutwege erfolgte. Auf den Schleimhäuten geschieht die Ausbreitung durch Aufeinanderstoßen der Veränderungen, wobei der Verlauf weniger schwer und bedeutend langsamer ist, wenn der Prozeß auf diese Lokalisation sich beschränkt. Die Untersuchung des Parasiten ist leicht, da ja keine Färbung notwendig ist; er ist von großen Dimensionen und erreicht 5 μ bis 20 μ und mehr. Bezüglich der Verbreitung der Krankheit ist nichts Bestimmtes festzustellen; jedoch die Tatsache, daß die Fälle vereinzelt bleiben, wiewohl der Kranke mit gesunden Individuen zusammen lebt, scheint zu beweisen, daß die Übertragung einen verwickelten Mechanismus erfordert. Ist ein Zwischenwirt notwendig? Erfolgt eine zyklische Entwicklung im Zwischenwirtsorganismus?

Digitized by Google

Fall von Leishmaniose (?), von WERNECK MACHADO. Es handelt sich hier um eine Kranke, Weiße, Italienerin, 60 Jahre alt, Witwe, ohne bemerkenswerte vorausgegangene Krankheiten.

Die Krankheit begann vor drei Jahren mit einem Knoten an der Nasenspitze unter heftiger Entzündung, die auf die Lippen übergriff und sich auf die Schleimhaut des Mundes und des Rachens verbreitete. Die Nasenflügel sind geschwollen, rot und an den Lippen der gleiche Befund. Es besteht Atresie des Mundes. Die Lippen und Gaumenrachenschleimhaut zeigt dunkelrote, an der Oberfläche granulierte Läppchenbildung. Die Phonation enorm schwach, Schmerzen beim Schlucken, Anämie und äußerst elender Zustand. Die WASSERMANNsche Reaktion war positiv, und es wurde daher eine energische und längere antisyphilitische Kur eingeleitet, jedoch ohne Erfolg. Darauf wurde zur Behandlung nach GASPAR VIANNA geschritten und endovenöse Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung mit 1‰ von Tartarus emeticus verabreicht, in der Dosis von 0,1 des Salzes einmal wöchentlich. Die Stimme wurde sofort besser, die Veränderungen verschwanden, was auf Leishmaniose schließen läßt, bei welcher die genannte Therapie vorzügliche Resultate aufweist.

Botryomykose, von ED. RABELLO. Alb. A. S. 14 Jahre alt, Portugiese, Handlungsgehilfe ist mit einer Geschwulst behaftet, die vor einem Monat mit einer kleinen juckenden Erhebung an der Palmarseite der ersten Phalanx des linken Zeigefingers begann. Die Geschwulst zeigt sich gegenwärtig gestielt mit einem Durchmesser von 1 cm, rot, glänzend, leicht gelappt, rasch blutend, 1 cm über das Hautniveau ragend. Die Aussaat in die Nährsubstanz von SABOURAUD ergab nur den Staphylococcus citreus, die histologische Untersuchung stellte angiofibröse Veränderungen des Botryomyzes dar.

Favus des Kopfhaares, von ED. RABELLO. Dieser Fall ist für uns deshalb interessant, weil ja Favus in unserem Lande sehr selten vorkommt und der gegenwärtige Kranke, ebenso wie die anderen hier beobachteten Fälle schon mit der Krankheit behaftet vom Auslande kommen. So ist unser Kranke, Spanier, 14 Jahre alt, schon sechs Jahre an der Affektion leidend. Die in dem festen Nährboden von SABOURAUD angelegte Kultur ergab Kolonien, die denen des Favus glichen.

Zwei Fälle von Vitiligo, von ED. RABELLO. 1. Osorio, P. C., Mulatte, 23 Jahre alt, Brasilianer, ledig, kam auf die Dermatologische Abteilung am 28. Februar dieses Jahres. War immer gesund bis auf einen syphilitischen Schanker und Blennorrhoe; anamnestisch nichts von Belang. Vor drei Jahren hatte er ein juckendes Gefühl am Hoden, an welcher Stelle die Haut sofort ihre natürliche Farbe zu verlieren begann. Die farblosen Flecken verbreiteten sich nach und nach, bis sie weite Flächen am ganzen Körper einnahmen. Der Kranke klagt über Kopfschmerzen, hauptsächlich abends und über leichte Sehstörungen. Die Flecken, von denen einige rosarot, die meisten jedoch weiß sind und mit der braunen Farbe des Individuums lebhaft kontrastieren, dehnen sich über symmetrische Bezirke an den Händen, Füßen und Unterschenkeln bis zu den Knien aus, ferner befinden sie sich an der vorderen Seite der Schultern, an der hinteren der Hüften und am Gesäß. An den Ober- und Unterarmen sind wenige Stellen von normaler Farbe. In den Leistengegenden, im Epigastrium, an den vorderen und seitlichen Flächen des Stammes sind ebenfalls farblose Bezirke zu beobachten. Auf der hinteren Fläche des Stammes sind symmetrische Flecken der ganzen Wirbelsäule entlang lokalisiert, ebenso in der Kreuzbeingegend und in der des M. trapezius; das gleiche Bild finden wir rings um die Ohr-

Digitized by Google

muscheln, Augenbrauen, Nasenflügel, weitere Flecken zerstreut in der Stirngegend an der Grenze des behaarten Kopfes.

Die histologischen Präparate zeigten Pigmentvermehrung in der Randzone und allmähliche Abnahme nach dem Zentrum des Fleckens hin.

2. Beobachtung: M. S., 34 Jahre, verheiratet, Landmann, Weißer, Brasilianer, kam im März dieses Jahres in die Klinik. Anamnestisch wurde Vitiligo des Großvaters des Patienten festgestellt. Er selbst hat noch keine Krankheiten durchgemacht. Die Hautaffektion begann vor 14 Jahren mit Farblosigkeit auf der dorsalen Fläche der linken Hand. Gegenwärtig ist diese Entfärbung der Haut ganz allgemein am Körper, nur wenige Teile sind verschont, indem nur die Haut an den Palmarflächen der Hände und am unteren Teile des Kopfes ihre normale Farbe bewahrt.

Granuloma ulcerosum tropicale, von Beaurepaire-Aragaõ und Gaspar Vianna. Es handelt sich in diesem Falle um eine Frau von guter Körperkonstitution, Brasilianerin, Mulattin, im Alter von 21 Jahren. Die Krankheit begann vor einem Jahre, wobei die Patientin mit Injektionen von Salvarsan, Quecksilber, mit Jodpräparaten und lokalen Applikationen ohne Resultat behandelt wurde. Es bildeten sich im Anfange Knötchen auf der linken großen Schamlippe, die geschwürig zerfielen, sich nachher auf die kleinen Schamlippen, auf die Klitoris, den vorderen Teil der Scheide und gleichzeitig auf den Damm und den Afterrand verbreiteten. Die Geschwüre zeigen begrenzte Ränder, etwas infiltriert, über die Oberfläche ein wenig erhaben, dunkelrot gefärbt, leicht blutend, sind bei Berührung schmerzhaft und nicht juckend.

In den Abstrichpräparaten fanden sich eingekapselte, in Zellprotoplasma eingeschlossene Keime, die wir in einer früheren Arbeit (Brazil, Medico, 1912) „Kalymmato bacterium granulome" nannten, das wir in drei von fünf durch uns untersuchten Fällen isolieren konnten. Bis jetzt beobachteten wir im ganzen sechs Fälle, wovon einer der vorliegende ist. In vier Fällen gelang uns die vollständige und rasche Heilung durch endovenöse Einspritzungen von Tartarus emeticus, in der Dosis von 0,1 des Salzes auf 100 ccm physiologischer Kochsalzlösung, die durch Filtration sterilisiert wurde. Diese Behandlung dürfen wir als spezifisch für die Therapie des Granuloma ansehen.

Sitzung vom 7. Mai 1913.

Fall von Lepra maculosa alba, vorgestellt von F. Terra. Bei diesem Kranken zeichnet sich die Lepra durch helle Flecken aus, die leicht zu einer Verwechslung mit Vitiligo führen können. Der Fall ist durch die Seltenheit dieser Krankheitsform in unserem Lande interessant, weil von ca. 90 im Lepra-Hospital zu Rio zurzeit internierten Kranken dies der einzige mit Lepra vitiliginosa mit so deutlichen Kennzeichen ist. Die hellen Flecken treten sichtbar hervor, und zumal da der Patient von schwarzer Hautfarbe ist, sieht man einen starken Kontrast zwischen der entfärbten Fläche und der normalen Hautbedeckung.

Es handelt sich in unserem Falle um ein Mädchen von 13 Jahren, Brasilianerin, Schwarze, aus dem Innern stammend, seit sieben Jahren in Rio wohnend. Die ersten Erscheinungen zeigten sich vor fünf Jahren und fielen zeitlich mit dem Auftreten des Aussatzes bei ihrem Vater, der ebenfalls an der achromischen Form erkrankte, zusammen. Die Patientin war immer gesund und kräftig, zeigt guten Körperbau, alle Organfunktionen vollziehen sich regelmäßig, ebenso ist der Haarwuchs erhalten, wie es sonst bei Lepra vorkommt. Die Augenwimpern und -Brauen, die fast immer ausfallen oder wenigstens dünner werden, ein diagnostisches Kennzeichen von großem

Digitized by Google

Werte, finden sich bei unserer Kranken völlig erhalten. Ebenfalls können wir hier keine Muskelatrophie an den Lieblingsstellen, wie am Daumenballen und an den Musculi interossei, die hauptsächlich bei der nervösen Form der Lepra auftritt, konstatieren. Die anderen in der großen Mehrzahl der Fälle beobachteten Merkmale, wie Zunahme an Größe des Nervus ulnaris, Vergrößerung der Ellenbogendrüsen, Adenopathia der Leisten und Schenkelgegend beider Seiten, knotige oder fortlaufende Verdickung des Nervus ulnaris, bestehen vorläufig bei unserer Patientin nicht. Die farblosen Flecken bleiben auf den unteren Teil des Kopfes, auf die Arme und Kreuzbeingegend lokalisiert. Den ersten Flecken finden wir in der Gegend des rechten Wangenbeines, beginnend am unteren Augenlid und nach unten bis zur Höhe des Nasenflügels reichend und hat die Form einer 8. Der Flecken am rechten Arm ist weit ausgedehnt und nimmt die Innenfläche des Armes ein, beginnend am Ellenbogen, nach oben weiterschreitend in einem Bande von $1\frac{1}{2}$ Daumenbreite, im oberen Teile sich etwas verengend und im oberen Drittel des Oberarmes endend. Der Flecken am linken Arme ist auf die gleiche Zone beschränkt, etwas enger und mehr nach unten sich ausdehnend, so daß er auch bis zum oberen Drittel des Vorderarmes reicht. In der Kreuzbeingegend ist ein dritter zirkulärer Flecken zu beobachten, in der Mitte durch den Sulcus interglutaeus geteilt, ferner zwei kleinere am oberen Teile jeder Gesäßhälfte.

Die Flecken bilden sich durch Verlust des Hautpigmentes, der im Zentrum ein vollständiger ist, während er nach den Rändern hin allmählich weniger wird, wo die Entfärbung ganz unmerklich vor sich geht, nämlich ohne die Zone von Hyperchromie, die bei der Vitiligo die äußere Grenze des hellen Fleckens bildet. Ein weiterer hier fehlender Gesichtspunkt, der indessen bei der Vitiligo konstant zu finden ist, ist der Mangel an Symmetrie in der Anordnung der Flecken, wenigstens finden wir eine solche nur leicht an den Oberarmen angedeutet. In vorliegendem Falle unterscheidet sich auch noch die Achromie von der der Vitiligo, indem die Hautbedeckung farblos weiß sich präsentiert ohne den Rosaton, hervorgerufen durch das Durchscheinen der Gefäßverzweigung in der Haut, wie bei der Vitiligo.

Wir haben noch die Sensibilitätsstörung in den Flecken zu berichten, die dem syringo-myelischen Typus entspricht. Der Bazillus HANSEN positiv im Nasenschleime.

Pathologische Histologie. In der Hautschicht wurden die gleichen Veränderungen angetroffen, wie sie sonst den strukturellen Erkrankungen bei dieser Krankheit eigen sind, bestehend in Infiltration mit reaktionären Elementen der Papillarschicht. Was jedoch unseren Fall besonders auszeichnet, ist die unregelmäßige Verbreitung des Pigmentes, das anstatt in den Zellen der Keimschicht sich unregelmäßig im ganzen MALPIGHIschen Netze anordnete, und besonders an den Stellen größter Reaktion. In den Bezirken, an welchen die Flecken am meisten hervortraten, war auch das Pigment weit spärlicher.

Sensibilitätsstörungen bei Lepra, von F. ESPOZEL. Berichtet über einen Beitrag zum Studium dieses Problems in Übereinstimmung mit eigenen Beobachtungen.

Bei den Hautformen beobachtete er immer als oberflächliche Veränderungen im Anfange der Krankheit Hyperästhesie in den neuen Nachschüben. Außerdem Verminderung und Zerstreuung des vollkommenen oder unvollkommenen syringomyelischen Typus, und hierbei neben der Abschwächung des Tastsinnes die Empfindung für Hitze und Schmerz aufgehoben oder herabgesetzt. Bei der Hypästhesie unterliefen Störungen bezüglich des Ortssinnes, Verzögerungen in der Perzeption, Verwechslungen des Reizes usw. Die thermische Form trat zeitig am ersten auf,

Digitized by Google

war am intensivsten und zeigte die ausgedehntesten Veränderungen. In einigen Fällen fand er keine Empfindungsstörungen, in anderen bemerkte er diese Störungen, ohne daß sichtbare Hauterscheinungen existierten. Bezüglich der Anordnung in Zonen schlug der Berichterstatter die Benennung, „Ramuskulär" anstatt „Insulär" vor. Bei diesen Hautformen ist die Sensibilität in der Tiefe völlig intakt. Bei der nervösen Form traten Störungen der subjektiven Sensibilität auf (Pelzigkeit, Stechen, Empfindung von Hitze, Kälte, Jucken usw.). Objektiv wurde Herabsetzung oder Zerstreuung der oberflächlichen Empfindungen wahrgenommen, wobei bezüglich der Zerstreuung zuerst der Einfluß für Hitze und dann für Schmerz am meisten in Mitleidenschaft gezogen war. Die tiefen Sensibilitätsstörungen bei fortgeschrittenen Fällen folgen nachstehender absteigender Ordnung in bezug auf Häufigkeit und Intensität: Erkrankung der Nervenstämme, Knochen, Parästhesie, Störung des stereognostischen Vermögens; dann Erkrankung der Gelenke. Von den Gliedern sind am meisten Fuß, Stamm und Kopf angegriffen. Was die Ausbreitung anlangt, so war diese häufig auf die Nervenstämme beschränkt; bei fortgeschrittenen Fällen wurde die radikuläre Form beobachtet. Vielfach wurde eine pseudosegmentäre, auf viele Nervenstämme oder viele Wurzeln oder sogar auf Stämme und Wurzeln sich erstreckende Topographie festgestellt.

Die Mischformen zeigten Empfindungsstörungen beider klinischer Varietäten.

Mit kurzen Worten, die Lepra scheint in ihren klinischen Symptomen den Typus einer aufsteigenden Neuritis darzustellen, die beginnend von den Nervenverzweigungen auf die Stämme übergreift, dann auf die Geflechte und Wurzeln und vielleicht bis zum Rückenmark gelangen kann, wodurch die anatomisch-pathologischen Befunde von Bahes, Jeanselme, Marie, Pestana, Bittencourt usw. ihre Bestätigung finden.

Austregesilo. Die Lepra vergegenwärtigt sich im Anfange durch solch flüchtige, zufällige Merkmale, wie nervöse Störungen, achromische und hyperchromische Flecke, daß sie mit anderen Erkrankungen verwechselt werden kann. So ist es manchmal schwierig, sie von der Syringomyelie zu unterscheiden, bei welcher die Anästhesie typisch radikulär ist, während bei der Lepra sich dieselbe zonenweise auf Nervenzweige, Stämme und Wurzeln verteilt. Von den Behandlungsmethoden gibt keine Aussicht auf Heilung, und aus Mangel an anderen Mitteln empfiehlt sich die Anwendung von Neosalvarsan, in fraktionierten Dosen; nach der Verabreichung von Neosalvarsan wird in der Behandlung mit Nastin, mit Oleum Gynocardii usw. fortgefahren.

Fall von Tinea (Trichophyton violaceum), von Mario Toledo. Berichtet über ein Mädchen russischer Abstammung, das mit jener Affektion des behaarten Kopfes schon nach Brasilien einwanderte und Stellen von Haarausfall, wie sie der Tinea eigen sind, darbot; angelegte Kulturen bewiesen, daß es sich um das Trichophyton violaceum handelte.

Diskussion: Ed. Rabello. Das Bemerkenswerte an dem Falle ist, daß diese Art von Trichophytie in Brasilien nicht existiert, und die wenigen in Sao Paulo festgestellten Fälle rührten von Italien her. Ein einziger Fall ist bekannt, in dem diese Art bei einem Brasilianer aus dem Staate Rio beobachtet wurde.

Sporotrichose, von Ed. Rabello. Auf der dermatologischen Klinik befindet sich ein Patient mit 21 Jahren, Brasilianer, Weißer, ledig, Angestellter der Lebensmittelbranche, der vor etwa drei Monaten auf der Rückenfläche der linken Phalanx des kleinen Fingers ein kleines Knötchen wahrnahm, das einige Tage hernach geschwürig wurde und etwas spärlichen serösen Eiter entleerte. Andere Knötchen entstanden

Digitized by Google

nun in der Umgebung, einen roten, hervortretenden Flecken bildend; 20 Tage darauf kamen weitere Knötchen, die sich systematisch in einer Linie anordneten, die von der Basis des kleinen Fingers über die Mittelhand zum Ulnarande sich erstreckte, bis sie die Innenfläche des Armes erreichte, wo wiederum eine Anzahl hypodermische Knötchen mit verschiebbarer Oberhaut sich vorfanden. Fünf ähnliche Knötchen wurden am Radialrande des Vorderarmes neben dem Ellenbogen und vier weitere etwas oberhalb am Außenrande festgestellt. Der Patient klagt über geringe Schmerzen an den erkrankten Stellen. Er gibt an, vor dem Auftreten der Knötchen Rhagaden an den Fingern gehabt zu haben.

Ferner habe es an seiner Schlafstätte viele Ratten gegeben, die manchmal während der Nacht übers Bett liefen und ihn aufweckten.

Diese Tatsachen, in Übereinstimmung mit den Untersuchungen von A. LUTZ über die Sporotrichosis spontanea bei Ratten, geben eine Erklärung der Übertragung. Die Kulturen zeigten die Entwicklung des Sporotrichum BEURMANN, indessen mehr pigmentiert. Hier in Rio ist dies der vierte Fall von Sporotrichose, die immer durch die lymphangitische noduläre Form sich auszeichneten. Als Behandlung wurde Tartarus emeticus versucht, zu $1^0/_{00}$ in physiologischer Kochsalzlösung, verabreicht in endovenösen Einspritzungen in der Dosis von 0,1 des Salzes auf 100 ccm, alle vier Tage; der Kranke zeigt schon bedeutende Besserung; denn es verschwanden bereits einige der erkrankten Stellen.

Diskussion: AD. LUTZ behauptet, daß die Pigmentation der Kolonien an dem Einflusse des Nährbodens liege. Er traf in Sao Paulo Ratten mit Sporotrichose, bei denen im allgemeinen die Erkrankung auf die Füße und den Schwanz lokalisiert war.

Chirurgische Eingriffe bei Leprösen, von EMILIO GOMES. Angesichts der trophischen Störungen bei der Lepra könnte man vor chirurgischen Eingriffen bei solchen Kranken sich scheuen, in der Voraussicht der Schwierigkeit oder Unmöglichkeit einer Vernarbung. Die Tatsachen bewiesen das Gegenteil, indem ich partielle Amputationen von Gliedern bei Leprösen mit septischen Knochenerkrankungen vorgenommen habe, die glatt vernarbten, manchmal per primam, trotz der ungenügenden Innervation des betreffenden Teiles.

Sitzung vom 28. Mai 1913.

Unter dem Präsidium von Dr. ADOLPH LUTZ.

Ein Fall von Granuloma ulcerosum der Geschlechtsorgane, von F. TERRA. Auf meiner Abteilung der Dermatologischen Klinik befindet sich zurzeit ein junger Mann, Weißer, Brasilianer, aus Rio stammend und nie außerhalb gewesen. Seine Erkrankung begann vor acht Jahren, ohne bekannte Ursache, mit einem kleinen Knoten, ähnlich der Aknepustel, am Hoden neben dem Damm. Der Knoten wurde in kurzer Zeit geschwürig. Gleich darauf entstanden andere, und nach Verlauf von einem Monat war der ganze Damm bis zum After eine Geschwürsfläche. Nach der Abkratzung der Wunde wurde der Thermokauter angewendet, worauf Besserung eintrat, einige Geschwüre sich vernarbten, während neue in der Umgebung auftraten. Voraufgegangene Erkrankungen, wie Syphilis, sind nicht festzustellen, außer Blennorrhoe und mehrfach weiche Schanker. Gegenwärtig sind die Veränderungen in der rechten Leistengegend, am POUPARTschen Band der gleichen Seite beginnend, lokalisiert, ein wenig auf die innere Hüftenfläche übergreifend und bis zum hinteren Teile des Hodensackes reichend. Auf der linken Seite beginnt die Affektion etwas tiefer, folgt der inguino-skrotalen Falte, umgibt den Hodensack

Digitized by Google

und vereinigt sich an der Ansatzstelle dieses am Damm mit der Erkrankung der anderen Seite. Die Wunde schreitet über den Damm zum Anus, den sie umgrenzt, und dringt etwas in die Rektalschleimhaut.

Die Erkrankung bildet eine längliche Geschwürsfläche, eingesunken, mit rötlichem Grunde, bedeckt mit kleinen weichen Knoten, die eine graue, rahmige Flüssigkeit enthalten. Die Ränder sind erhaben, bedeckt mit papillomatösen Wucherungen und enden genau an der gesunden Hautgrenze. Aus der Tiefe des Geschwürs entleert sich reichliche, warme helle Flüssigkeit, die über die Hüften sich ergießt. Die Erkrankung hat einen durchdringenden, ekligen, charakteristischen Geruch. Es ist dies der siebente einwandfrei festgestellte Fall von Granuloma der Schamteile im hiesigen Hospitale, wovon einer ein weibliches Wesen betraf; die Fälle bezogen sich auf In- und Ausländer, und zwar ohne Unterschied auf Weiße, Mestizen und Schwarze.

Fast in allen Fällen, wie auch im vorliegenden, wurden die ovalen, von DONOVAN beschriebenen und von CARTER, SIEBERT, FLU, bestätigten Körperchen angetroffen, deren Natur noch nicht feststeht und bezüglich derer FLU einen eingekapselten Diplobazillus annimmt. Bei einem unserer Kranken gelang es ED. RABELLO, nach einer Aussaat in Nährboden von SABOURAUD, reine Kolonien von Sporotrichum BEURMANN zu erhalten, GASPAR VIANNA und H. ARAGÃO haben als die ersten eine Therapie eingeleitet, die als die beste von überraschendem Erfolge begleitet ist, und in endovenösen Einspritzungen alle 3—4 Tage von 100 ccm einer 1‰igen Lösung von Tartarus emeticus, in Kochsalzlösung, durch Kältefiltration sterilisiert, besteht. Nach Ablauf von 8—15 Injektionen treten die Erscheinungen selbst in den schwersten Fällen zurück und gehen in endgültige Heilung über.

3 Fälle von Leishmaniosis tegumentaria, von ED. RABELLO. Stellt drei Patienten vor mit Erkrankungen an der Nasen-, Mund- und Rachenschleimhaut; zwei davon stammen aus den Vororten von Rio, einer aus Bahia. Die Krankheit des letzteren reicht zirka sechs Jahre zurück und rief bereits Verstümmelungen der Nase und Lippen mit ausgedehnten schweren Veränderungen am weichen Gaumen und Gaumenbögen, an der Uvula und am Pharynx hervor. An verschiedenen Orten Brasiliens existieren Herde von Leishmaniose, sowohl in der kutanen als mukösen Form des Mundes und der Nase, jedoch Rio de Janeiro war bis jetzt freigeblieben, indessen die beiden genannten Kranken beweisen das Gegenteil.

Diskussion: F. TERRA. Die Mitteilung verdient doppeltes Interesse.

1. Beweist sie, daß mindestens seit fünf Jahren in Rio die Leishmaniose herrscht, während die bis jetzt bekannten Fälle alle aus dem Innern stammten.

2. Steht fest, daß auch in Bahia die Leishmaniose durch die häufige, in Brasilien fast Regel gewordene muköse Form sich kundgibt, die auf die Nasenwände, auf Mund und Pharynx sich erstreckt. Neben der Erkrankung der Haut kommen die genannten Lokalisationen fast ohne Ausnahme vor, wobei der schwere Charakter der Affektion bei uns gewöhnlich ist.

AD. LUTZ glaubt, daß in den anderen Ländern Südamerikas die Leishmaniose in der mukösen Form existiert und die „Espundia" Perus die gleiche, jedoch mehr gutartige Erkrankung sei. Es sei möglich, daß diese Krankheit in diesem Lande schon seit den fernsten Zeiten vorkomme, wenigstens lassen Figuren auf Gefäßen und andere archäologische Funde darauf schließen. In Brasilien hat man den Eindruck, als ob die Krankheit auf weite Bezirke sich erstrecke. Es kann eine Verwechslung mit der Blastomykose wegen der papillomatösen Wucherungen

Digitized by Google

stattfinden, besonders an der Mund- und Rachenschleimhaut; indessen bei der Blastomykose ist die Krankheitsdauer kürzer und die Prognose schlecht, während bei der Leishmaniose der Kranke viele Jahre leben kann. Es frägt sich, ob diese Fälle mit muköser Form sich von der kutanen unterscheiden, da es Zonen gebe, wo die kutanen Formen vorherrschen, andere, wo die mukösen die Regel bilden. Handelt es sich hier um Erreger verschiedener Morphologie oder verschiedener biologischer Funktion, von denen die einen auf die Schleimhäute, die anderen auf die Hautbedeckung sich beschränken? Oder handelt es sich um eine Verschiedenheit in der Art der Infektion?

GASPAR VIANNA berichtet über das Vorkommen der Krankheit in anderen Staaten, von denen noch nichts bekannt war, und liefert somit einen Beitrag zur Geographie der Leishmaniose bei uns. Er beobachtete, daß die mukösen Formen der Nase, des Mundes und Pharynx vorherrschten. Bei den kutanen Formen ergab die Behandlung mit Tartarus emeticus in endovenösen Einspritzungen gute Resultate; jedoch vor kurzem verschwanden auch die Veränderungen der Nasenschleimhaut bei einem Kranken der Dermatologischen Klinik durch die genannte Therapie.

Ulcus phagedaenicum tropicale, von ED. RABELLO. Patient, Weißer, 19 Jahre, Portugiese, ledig, in Rio wohnhaft, hat ein zirkuläres, wenig sezernierendes, auf dem Niveau der Achillessehne des rechten Beines lokalisiertes Geschwür, das vor ungefähr einen Monat entstand. Die Abstrichpräparate, behandelt mit GIEMSA, zeigten die Anwesenheit von Spirochaeta refringens und andere des Typus pallidus. Salvarsan wirkte bessernd auf das Geschwür.

Diskussion: AD. LUTZ. Seitdem er die Ankylostomiase studiere, habe er immer bei anämischen, heruntergekommenen Individuen, Geschwüre wie das vorgestellte, angetroffen. Es scheint, man habe auch Geschwüre der Hospitalgangrän so benannt. Bei dem phagedänischen Geschwür mit fuso-spirillärer Symbiose ist der Verlauf sehr akut, was im vorliegenden Falle nicht beobachtet wurde.

ARTHUR MOSES. Bei dem phagedänischen Geschwür war die positive WASSERMANNsche Reaktion einer Reaktion des alkoholischen Extraktes des Antigens zuzuschreiben. Das frische wässerige Extrakt ergibt negatives Resultat.

Lupus tuberculosus. ED. RABELLO berichtet über die Obduktion eines Falles, bei dem die klinische Diagnose auf Lupus tuberculosus der Augenbindehaut, der Nase, der Nasenrachenschleimhaut lautete und die Kutireaktion positiv war. Die Diagnose wurde durch die Obduktion bestätigt, bei der Veränderungen durch Meningitis tuberculosa festgestellt wurden. Da Lupus tuberculosus bei uns äußerst selten vorkommt und selbst sein Auftreten bestritten wird, dient dieser Fall als Beweis, daß er in der Praxis, wenn auch sehr selten, angetroffen wird.

Sitzung vom 23. Juni 1913.

Ein Fall von Lichen planus Wilson, von F. TERRA. Der Fall verdient deshalb Interesse, weil es sich um eine seltene Dermatose bei uns handelt. Im Jahre 1912 konnte ich nur einen solchen beobachten, während der vorliegende der erste dieses Jahres ist.

Die Krankheit entstand ohne bemerkenswerte Ursache und dauert nunmehr vier Monate, wobei die erkrankten Stellen zahlreich und zusammenfließend sind. Der Patient ist kräftig und von gutem Körperbau, 24 Jahre alt, ohne wesentliche voraufgegangene Krankheiten, ferner bestehen keine nervösen Störungen weder bei ihm noch in der Familie. Die verschieden großen Papeln sind unterhalb des Nabels nicht ganz kreisförmig gelagert; sind sehr zahlreich und zusammengedrängt

Digitized by Google

auf der rechten Seite, einen langen Bezirk bis zur vorderen Seite der Hüfte einnehmend, zeigen abgeplattete, ebene Oberfläche, erhaben über die Hautbedckung, mit polygonalen Rändern infolge des gegenseitigen Druckes, haben grau-rote Farbe und sind bedeckt mit kleinen, stark anhaftenden Schuppen. An gewissen, den Flecken angrenzenden Stellen ist ein bemerkenswerter Zustand von Lichenifikation der Haut wahrzunehmen. Die Flecken haben einen bei Lichteinfall wahrnehmbaren eigenen Glanz. Sie sind in liniärer Form am inneren Rande der rechten Hüfte angeordnet, gehen dann auf den inneren Rand des Beines über und reichen bis zum Knöchel. Hier sind die Schuppen noch fester haftend und zahlreich und die Veränderungen nehmen eine hornige Konsistenz an. Der Patient klagt über ziemliches Jucken. Auf der Mundschleimhaut findet sich nichts Abnormes.

Diskussion: Ed. Rabello. Da für die Behandlung dieser Erkrankung die Anwendung des Arseniks in steigenden Dosen empfohlen wird, erinnert er daran, daß vielleicht das Arsenobenzol in kleiner Dosis und wiederholter Verabreichung vorzuziehen wäre.

Fall von Bouba, von V. Teive. Er stellt einen Knaben von 14 Jahren vor, Schwarzer, Brasilianer aus dem Innern, ohne voraufgegangene Syphilis und ohne Zeichen von hereditärer Syphilis. Die Krankheit begann vor vier Monaten; die erste Affektion entstand an der Fußspitze, wo er ein Trauma erlitten hatte. Die weiteren kamen sofort hernach und zeigen das gleiche Aussehen wie die anfängliche Affektion, mit Ausnahme jener an der linken Stirngegend, die zirkuläre Form hat. Die Erkrankung bleibt auf die Stirne und an den linken Nasenflügel lokalisiert, ohne auf die Schleimhaut überzugreifen. Besteht in kleinen Tuberkeln, etwas papillomatös, mit einer gelben Borke gedeckt und juckend. Die Drüsen sind etwas angeschwollen. Die bei uns immer seltener werdende Bouba tritt in langen Zwischenräumen bei der Landbevölkerung, und zwar fast immer bei den Farbigen auf. Sie wird identifiziert, mit Pian oder Framboesia tropica und durch das Treponema pertenue, das auch in diesem Falle angetroffen wurde, verursacht.

Diskussion: Ed. Rabello. Die Veränderungen in obigem Falle könnten mit denen bei Syphilis verwechselt werden. Bei Syphilis circinata sind die Papeln nicht so feucht wie im vorliegenden Falle und die Treponemen sind nicht so zahlreich wie hier.

João Pupo lenkt das Augenmerk auf den Beginn der Erkrankung, die gewöhnlich an den unteren Extremitäten einsetzt. Auch dieser Fall folgt der allgemeinen Regel.

Fall von Blastomykose, von Ed. Rabello. Bringt einen neuen Fall von Blastomykose zur Kenntnis, der die Besonderheit einer langen Dauer der Erkrankung mit relativem Wohlbefinden des Patienten aufweist. Es handelt sich um ein Individuum von mehr als 50 Jahren aus dem Innern, seit drei Jahren krank. Die gut charakteristischen Veränderungen sind diskret und an der linken Commissura labialis, an der Wangenschleimhaut neben dem rechten Gaumenbogen gelagert. Die Drüsen etwas geschwollen. Die Diagnose wurde bestätigt durch die Gegenwart von Blastomyzeszellen in den Abstrichpräparaten. Verabreichung von Jodkalium brachte einige Erleichterung. Der tödliche Ausgang ist bei uns fast konstant, nach Ablauf von ungefähr einem Jahre tritt bei den Patienten Kachexie auf; von dieser Regel nun macht der gegenwärtige Kranke völlig eine Ausnahme, weshalb ich ihn einer Mitteilung wert hielt.

Fall von Septicaemia blennorrhoica, von E. Gomes. Vor längerer Zeit hatte der Referent Gelegenheit, einen dem vorliegendem analogen Fall zu beobachten.

Digitized by Google

Die Kenntnis dieser Gesichtspunkte ist wichtig, weil der Arzt vor möglichen Irrtümern in der Diagnose bewahrt bleibt und nicht die Krankheit mit der Pest, besonders wenn sie an dem betreffenden Orte grassiert, verwechselt. Er hatte einen Kranken, schon erwachsen, in Beobachtung, der alarmierende Symptome, hohes Fieber, Tachykardie und einen schmerzhaften Boubo darbot. Es wurde die Punktion der Drüse vorgenommen, in der Vermutung, es handle sich um Pest. Der Kranke hatte auch eine Urethritis, deren blennorrhoische Natur erkannt wurde. Das aus den Drüsen gewonnene Material wurde zu Kulturen angelegt und ergab Gonokokkenkolonien. Der Kranke starb an Septicaemia gonococcica.

Diskussion: GASPAR VIANNA beobachtete einen analogen Fall; konnte das Blut nicht untersuchen, erhielt jedoch Gonokokkenkulturen von der aus den Drüsen entnommenen Flüssigkeit.

JOÃO PUPO erinnert einen Fall von Gonokokkämia mit enorm schweren Symptomen, der mit endovenösen Einspritzungen von Methylenblau geheilt wurde.

H. ARAGAÕ zeigt histologische Präparate eines Falles von **Molluscum contagiosum.** Er beobachtete den Fall in einer Familie, wovon zwei Mitglieder die gleiche Affektion hatten. Die Veränderungen sind für das Molluskum charakteristisch, und man sieht vollständig die intrazellulären Granulationen oder die für pathogenetisch gehaltenen Körperchen, die Chlamydozoarien.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 115, Heft 9, Juni 1913.

1. Färbung der marklosen Hautnerven beim Menschen, von K. KREIBICH-Prag. Verfasser hat seine schon früher (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 12) mitgeteilten Färbungsversuche an marklosen Nerven durch Rongalitweiß weiter fortgesetzt; er empfiehlt für die Kornea und menschliche Haut besonders die supravitale Färbung in einer 0,3%igen Lösung. Er hat ferner das Rongalitweiß mit Hämatoxylin kombiniert und glaubt einen entschiedenen Fortschritt in der Färbetechnik erreicht zu haben. Genaue technische Angaben.

2. II. Bericht über die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus, von JOH. FABRY-Dortmund. In Bd. 111, H. 2 des Archivs für Dermatologie und Syphilis ist über fünf Fälle von Gesichtslupus berichtet, die nach PAYR und DOUTRELEPONT behandelt wurden. Verfasser hat die Fälle weiter beobachten können und in allen fünf Fällen Rezidive erlebt. Er hält nach seinen Erfahrungen die Totalexstirpation mit nachfolgender THIERSCHscher Transplantation für besser und wird in Zukunft nur nach dieser bewährten Methode behandeln.

Bd. 116, Heft 3, Juli 1913.

1. Zur Frage der experimentellen Thalliumalopezie, von A. BUSCHKE. Zu der im Archiv Bd. 114, H. 3 erschienenen Arbeit von PÖHLMANN bemerkt Verfasser, daß er schon vor diesem ausgedehnte Versuche auch an Ratten mit Thalliumfütterung gemacht hat und konstatieren konnte, daß die Alopezie bei Ratten zwar auch die Dorsalseite bevorzugt, aber die Bauchseite doch nicht ganz unbeeinflußt läßt, wie PÖHLMANN in seiner Arbeit hervorgehoben hat. Die übrigen Befunde PÖHLMANNS bestätigen ebenfalls schon früher von BUSCHKE gemachte Angaben, besonders auch seine Auffassung, daß als Angriffspunkt des Thalliums das Zentralnervensystem in Betracht kommt; hierfür

Digitized by Google

spricht auch das Auftreten von Katarakt bei Ratten und bei ganz jungen Mäusen nach Thalliumfütterung.

2. Über die Kultivierbarkeit und Morphologie des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen, von JOHN RENSTIERNA-Stockholm. Die umfangreiche Arbeit R.s gibt eine historische Übersicht über die seit HANSENS Entdeckung erschienenen Arbeiten, insonderheit soweit sie sich mit der Kulturfähigkeit und Überimpfbarkeit der Leprabazillen beschäftigen. Besonders eingehend bespricht er die bei Kulturversuchen entstandenen morphologischen Änderungen der Bazillen, die auch er auf einem von ihm selbst zusammengesetzten flüssigen Nährboden gefunden hat: es sind sowohl säurefeste wie nicht säurefeste Mikroorganismen, sowohl streptokokkenähnliche Bildungen, wie Stäbchen verschiedener Größe, meistens von diphtheroidem Typus gewachsen. Er hat diese verschiedenen Formen zu trennen versucht und hat bei Affen eine Reihe Impfungen mit Mischkulturen sowohl wie mit Reinkulturen der einzelnen Formen vorgenommen und beschreibt eingehend die entstandenen Veränderungen in der Haut und in den inneren Organen. Er ist überzeugt, daß alle diese Veränderungen mit Sicherheit als leprös zu betrachten sind, und daß auch die käsigen Veränderungen innerer Organe nicht zufällig übertragene oder bestehende Tuberkulose, sondern tatsächlich der Lepra zuzuschreiben sind. Er ist auf Grund seiner Kulturstudien und Tierversuche der Überzeugung, daß dem Lepraorganismus ein großer Polymorphismus eigen ist, und zwar glaubt er, daß die verschiedenen Formen zweifellos nur von einer höherstehenden, möglicherweise zur Klasse der Myzelpilze gehörigen Pflanze herstammende Bruchstücke darstellen, die das Vermögen selbständiger Entwicklung besitzen. Derartige Elemente können dann unter gewissen Bedingungen eine Art Kleid anlegen, das ihnen Alkoholsäureresistenz verleiht, wobei sie dann u. a. das Bild des klassischen HANSEN-NEISSERschen Typus darbieten.

3. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut, von OTTO SACHS-Wien. Die 130 Druckseiten umfassende Monographie von SACHS zerfällt in drei Teile, in deren erstem klinische Beobachtungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche Haut berichtet werden. Es handelt sich dabei um Dermatitiden, verschiedene Ekzemformen, akneartige Ausschläge und ferner um Papillome und Epitheliome, von denen letztere allerdings nur eine verschwindend kleine Zahl gegenüber den außerordentlich häufigen erstgenannten darstellen. Die schädlichen Agenzien sind die Teer- oder Anilinfarben und ihre Zwischenprodukte oder die Bestandteile, aus denen die betreffenden Anilinfarben hergestellt werden. Die einzelnen Erkrankungsformen werden durch Beispiele belegt.

Im zweiten Teile berichtet Verfasser experimentelle Versuche über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen und chemischen Agenzien auf die tierische Haut (als Untersuchungsobjekt dienten in erster Linie die innere Ohrfläche des Kaninchens und die Haut junger albinotischer Tiere). Dabei ergaben sich nach Einreibungen (mit mannigfaltigen Variationen in Anzahl und Zeitintervall) von Scharlachrot, Brillantrot, Krapplack, Gelblicht und Grünerlack Veränderungen, die histologisch in einer Verbreiterung und Proliferation des Rete MALPIGHII, sowie in einer Wucherung der Talgdrüsen bestanden, häufig verruköse oder epitheliomähnliche Bilder darboten. Kontrollversuche mit Bleiweiß, Berliner Blau, Zinnober usw. sind negativ ausgefallen. Zu Injektionsversuchen wurden Emulsionen der genannten Stoffe in Olivenöl, zur Kontrolle auch reines Olivenöl, und vor allem Scharlachrot in Öl oder in Wasser benutzt. Neben einer, an der Injektionsstelle auftretenden Entzündung und Nekrose kommt es zur Epithelneubildung und pathologischen Epithelproliferation und Epithelzystenbildung. Wenngleich diese Veränderungen auch nach bloßem Olivenöl aufgetreten sind, so scheint doch der chemische Reiz den wichtigsten

Digitized by Google

Faktor darzustellen; jedenfalls ist zur Erklärung der Beobachtungen ein Komplex von Ursachen anzuschuldigen.

Im dritten Teil bespricht Verfasser die therapeutische (externe) Anwendung von Anilinfarbstoffen; aus seinen Erfolgen geht hervor, daß nicht nur dem Scharlachrot, sondern auch einer Reihe anderer Stoffe eine gleich starke granulationsfördernde und epithelisierende Wirkung zukommt. Eine 10%ige Brillantrotsalbe scheint sogar die Scharlach-R-Salbe an Promptheit und Raschheit zu übertreffen.

4. Über kongenitale ektodermale Defekte und ihre Beziehungen zueinander: vikariierende Pigment- für Haarbildung, von J. Christ-Wiesbaden. Verfasser hat im Dezember 1912 im Verein der Ärzte Wiesbadens einen Knaben vorgestellt mit angeborenem Haar- und Zahnkeimmangel und mit gleichzeitigem totalen Fehlen der Schweißdrüsen! Dieser Fall hat ihm Veranlassung gegeben, den wechselseitigen Beziehungen der kongenitalen ektodermalen Defekte etwas näher nachzugehen. Die in der Literatur mitgeteilten Fälle haben ein familiäres Auftreten gezeigt, das sich in dem vorliegenden Fall ebenfalls in zwei weiblichen Seitenlinien feststellen ließ und dadurch charakterisiert war, daß es an das männliche Geschlecht gebunden war. Nach dieser Feststellung hat er den Gedanken an einen möglichen ursächlichen Zusammenhang mit einer vorhandenen kongenitalen Lues aufgegeben; die Symmetrie der Entwicklung der vorhandenen Haar- und Zahnkeime läßt ihn an einen Konnex mit zentralen, und zwar trophischen Störungen denken. Er glaubt, daß es sich um ein vikariierendes Auftreten von Pigment- und Haarkeimbildung handelt, da er an einzelnen Stellen diffuse pigmentierte Hautzonen gefunden hat.

5. Über Akne neonatorum, von Alfred Kraus-Prag. Im Gegensatz zu den echten Milien, wie sie bei Neugeborenen nicht selten in Form von gries- bis hirsekorngroßen Knötchen weißer oder weißgelber Farbe in die Haut eingelagert zu finden sind, hat Verfasser sehr häufig Veränderungen in Form von weißlichen und gelblichen Pünktchen und Körnchen im Gesicht beim Neugeborenen beobachten können, die den Namen Milien mit Unrecht tragen. Während die echten Milien im mittleren Teil des Lanugohaarbalges entstehen und einer Hyperkeratose des Haarbalges ihre Entwicklung verdanken (Hornzystchen), handelt es sich bei den vom Verfasser beschriebenen Beobachtungen offenbar um Sekretionsstörungen an den Talgdrüsen resp. im gemeinsamen Haartalgfollikel. Der Prozeß bietet ein getreues Spiegelbild der späteren Akne dar, als deren auslösende Ursache hier wie dort Seborrhoe in Betracht kommt.

6. Über das Wesen des sog. Unnaschen Flaschenbazillus, von Alfred Kraus-Prag. Den „Flaschenbazillus" hat Verfasser bei Akne sehr häufig, besonders regelmäßig bei Akne neonatorum angetroffen, und gelegentlich den Bazillus in Gemeinschaft mit Fäden gefunden, die sich in Ausstrichpräparaten als mit dem „Flaschenbazillus" zusammengehörig erwiesen. Auch in der Kultur ließ sich das Auftreten der Fäden als auch ihre Zusammengehörigkeit mit den Bazillen beobachten. Aus seinen Untersuchungen schließt Verfasser, daß der „Flaschenbazillus"sicher kein Spaltpilz ist, sondern daß es sich um zweierlei handelt: einzelne „Flaschenbazillen" erwiesen sich als echte Hefen (Meirowsky); andere stellten ein sporoides Entwicklungsstadium zu einem höheren fadenförmigen Hyphenpilz dar.

7. Syphilis ohne Primäraffekt, von R. Polland-Graz. Verfasser berichtet einen Fall, den er als luetische Infektion ohne Primäraffekt anspricht. Ein junger Mann hatte mit einem jungen Mädchen einen Monat lang verkehrt. Als sie beide zur Beobachtung kamen, hatte das Mädchen an den Labien eine Anzahl stark nässender Primäraffekte und „initiale" Papeln, Drüsenanschwellung und beginnendes Exanthem, während bei dem Manne die genaueste Untersuchung keinerlei Veränderungen am Penis oder irgend-

Digitized by Google

wo am Körper, auch keine Drüsenanschwellung erkennen ließ. Vier Wochen später wurde bei dem Manne eine inguinale Drüsenschwellung konstatiert, drei Wochen darauf war der WASSERMANN noch negativ und drei Wochen später traten die ersten Exanthemflecke am Abdomen auf.

8. Über die Beziehungen des chronischen Lupus erythematodes zur Tuberkulose, von BR. BLOCH und H. FUCHS-Basel. Aus möglichst rezenten Effloreszenzen dreier klinisch und histologisch typischer Lup. eryth.-Fälle wurde ein von korpuskulären Elementen freier Extrakt hergestellt, und dieser Extrakt Patienten, welche eine sehr starke Tuberkulinüberempfindlichkeit aufwiesen, intradermal injiziert. Das Resultat war in allen drei Fällen eine positive Reaktion in Form einer Impfpapel. Durch die nachträgliche Herdreaktion der Impfpapel auf eine spätere subkutane Tuberkulinreaktion und durch den Nachweis (in zwei Fällen) des histologisch tuberkuloiden Aufbaues der Impfpapel wird es wahrscheinlich gemacht, daß diese aus Lup. eryth.-Effloreszenzen gewonnenen Extrakte Tuberkulin enthielten. In vier weiteren Fällen von klinisch und histologisch typischem Lupus erythematodes chronicus discoides resp. disseminatus (ein Fall) ist es gelungen, durch Verimpfung möglichst frischer und großer Efflorenszenzen beim Meerschweinchen Tuberkulose zu erzeugen, womit der Nachweis geliefert erscheint, daß in den überimpften Stücken noch lebensfähige Tuberkelbazillen vorhanden waren. Diese Anwesenheit von Tuberkelbazillen hält Verfasser für keine zufällige, sondern er sieht sie als Ursache des Lupus erythematodes an; er hält also diese Fälle für nichts anderes als histologisch-atypische Hauttuberkulosen. Wenngleich er diesen Beweis nur für die angeführten Fälle als erbracht ansieht, so glaubt er doch, daß in anderen Fällen die Tierexperimente ganz einfach deshalb negativ verlaufen sind, weil es sich um relativ spärliche und wenig virulente Bazillen handelt. Da aber diese wenig virulenten Bazillen durch die Tierpassage an Virulenz zugenommen haben, empfiehlt er die Methode der Serienimpfung, da die Zahl der positiven Impffälle erheblich vergrößert wird. Er gibt aber zu, daß es sich nicht nur um Virulenzveränderungen der Bazillen selbst, sondern auch um Änderungen in der Reaktionsfähigkeit der befallenen Hautpartien handeln muß.

9. Zur Kenntnis des chronischen Rotzes der Haut und der Gelenke, von ROBERT OTTO STEIN-Wien. Ein 23jähriger Mann erkrankt ohne nachweisbare Ursache an multiplen serpiginösen Hautgeschwüren beider Unterschenkel; in der Folgezeit entstehen Eiterungen im tiefen Unterhautzellgewebe, Osteoperiostitiden an einzelnen Röhrenknochen, ferner Gelenksempyeme in beiden Knie- und Sprunggelenken. Schließlich erfolgt der Tod an Amyloidose der Nieren und des Darmes unter den Symptomen einer schweren Septikopyämie. Aus den Gelenksempyemen ließ sich ein Rotzbazillenstamm isolieren, der nach Impfung in eine Hauttasche beim Versuchstier dasselbe Krankheitsbild (serpiginöse Ulzera der Haut und multiple Gelenkseiterungen) hervorrief. Es scheint also chronische Formen des Rotzes zu geben, die die inneren Organe und Schleimhäute frei lassen und in erster Linie Haut und Gelenke befallen. Das Tierexperiment zeigt, daß die Polyarthritis malleosa durch eine „arthrotrope Varietät" des Bacillus mallei verursacht werden dürfte.

10. Die Prognose der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum, von MATTISSOHN-Berlin. Die im allgemeinen recht ungünstige Prognose bei Trippererkrankung kleiner Mädchen hat Verfasser veranlaßt, dieser Frage näher nachzugehen und eine Reihe Behandlungsmethoden monatelang durchzuführen, die er dadurch ermöglicht hat, daß er die schulpflichtigen Kinder im Krankenhause selbst von einer eigens dazu angestellten Lehrerin unterrichten ließ und eine Art Kleinschule für diese Patienten einrichtete. Er hat stets eine energische antiseptische Behandlung durchgeführt, die keinerlei Schädigung im Gefolge gehabt hat. Eine Zervixbeteiligung hält er nicht für erwiesen. Die

Digitized by Google

exakte Behandlung beansprucht mindestens 4—6 Monate, vielfach viel längere Zeit, doch darf man erst von Dauerheilung sprechen, wenn monate- bis jahrelang keine Gonokokken nachweisbar sind.

11. Keratosis follicularis spinulosa, von C. Coppolino-Palermo. Da die Erkrankung in Italien als selten zu bezeichnen ist, veröffentlicht Verfasser eine, bei einem sechsjährigen Knaben gemachte einschlägige Beobachtung und bespricht im besonderen die Differentialdiagnose.

12. Ein Fall von Sporotrichosis, von Hugo Hecht-Prag. Der mitgeteilte, einen Mann mit einer Hauterkrankung am rechten Arm betreffende Fall, ist bisher der erste in Böhmen beobachtete Fall von Sporotrichosis Beurmanni. Die Diagnose der multiplen Ulzerationen am Unterarm wurde sichergestellt durch Kultur, Intradermoreaktion, Komplementbindung und Nachweis der Vermehrung der eosinophilen Leukozyten im Blute. Die Behandlung wurde mit spezifischer Vakzine vorgenommen, konnte aber nicht durchgeführt werden, da der Patient sich derselben vorzeitig entzog, so daß eine Ausheilung nicht erzielt wurde.

13. Untersuchungen über Noguchis Luetinreaktion, von Harald Boas und Christian Ditlevsen. In 20 Fällen von tertiärer Syphilis und in drei Fällen mit Symptomen von kongenitaler Syphilis wurde eine konstant positive Luetinreaktion vom pustulösen Typus gefunden, zugleich aber, wenn auch weniger ausgesprochen, eine positive Reaktion an der Injektionsstelle der Kontrollflüssigkeit. Dagegen war der positive Prozentsatz bei primärer (7 von 14) und sekundärer Syphilis (47 von 102) und bei Dementia paralytica (2 von 28) ein ziemlich geringer. Positiv reagierten ferner 15 von 124 Kontrollfällen. „Es darf nicht als bewiesen angesehen werden, daß es sich um eine spezifische Immunitätsreaktion handelt; vielleicht rührt die Reaktion nur von einer geänderten Empfindlichkeit in der Haut der Syphilitiker her."

14. Syringadenoma papilliferum (Naevus syringadenomatosus papilliferus), von Werther-Dresden. Die durch Abbildung belegte seltene Geschwulst kam bei einem 45jährigen Arbeiter zur Beobachtung, der kleine dichtstehende Geschwülstchen in der rechten Achselhöhle seit frühester Jugend aufwies; die Geschwulst war schon einige Jahre vorher exzidiert worden, ist aber immer wieder gekommen. Aus den histologischen Untersuchungen geht als Eigentümlichkeit des Falles hervor, daß normale Schweißdrüsen-Ausführungsgänge oder Andeutungen davon in Gestalt von lumenhaltigen Kanälen nicht vorhanden sind, statt dessen Adenome, die sich durch von der Norm abweichende, den veränderten Verhältnissen angepaßte Schweißdrüsenporen nach außen öffnen und deren Epithel vorwiegend nach der Richtung des Drüsenepithels differenziert ist. Neben diesen Tumoren sind noch freie Nävuszellen in Papillen und Kutis vorhanden. Die Knäueldrüsen sind zystisch entartet.

15. Über den Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung, II. Mitteilung von K. Altmann-Frankfurt a. M. Bei vergleichenden Untersuchungen der Resultate der Wassermannschen Reaktion je nach dem Ablauf der Bindungsphase im Brutschrank oder im Eisschrank (Jakobsthal) wurden in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen folgende Befunde erhoben: 1. Bei 1368 Seren verschiedener Stadien der Syphilis wurden bei Kältebindung 3% mehr positive Resultate erhalten als bei Wärmebindung. 2. Diese Vermehrung der positiven Resultate bei Kältebindung erstreckt sich nicht gleichmäßig auf alle Stadien der Syphilis, es bestehen vielmehr weitgehende Differenzen im Verhalten der Sera aus dem Primär-, Sekundär- und Tertiärstadium. 3. Im Primärstadium waren die Resultate der Wassermannschen Reaktion bei Wärmebindung denen bei Kältebindung um $27^1/_2$% überlegen. 4. Auch im frühen Sekundärstadium fand sich eine Überlegenheit der Wärmebindung um $2^1/_2$%. 5. Dagegen überwogen

Digitized by Google

im Spätstadium die Resultate der Kältebindung die der Wärmebindung um 17½%. 6. Es darf deshalb die Jakobsthalsche Methode nur neben dem bisher üblichen Verfahren angewendet werden. 7. Die gleichzeitige Anwendung beider Methoden wird auf Grund der außerordentlich günstigen Resultate in der wichtigen Zeit der Nachbeobachtung aufs angelegentlichste empfohlen.

Bd. 117, H. 1, Juli 1913.

1. Zur Ätiologie des Pantoponerythems, von E. Klausner-Prag. Verfasser hat regelmäßig nach subkutanen Injektionen von Pantopon Erytheme beobachtet, für deren Entstehung er nervöse Einflüsse verantwortlich macht. Zur weiteren Stütze dieser seiner Anschauung berichtet er den Fall einer 21jährigen Patientin, die schon öfter wegen Lupus vulgaris operiert worden war und immer sehr schwer in Narkose gebracht werden konnte; er injizierte ihr darum im November vorigen Jahres eine halbe Stunde vor Beginn der Äthernarkose 0,04 Pantopon, und schon nach wenigen Minuten trat das charakteristische Erythem auf, das bei Beginn der Narkose noch sehr deutlich vorhanden war. Kurz darauf trat trotz des Pantopons das Erregungsstadium in fast derselben Intensität wie früher auf, gleichzeitig damit eine intensive Rötung des Gesichtes und fleckenförmiges Erythem vorn am Halse und über dem obersten Brustabschnitte. Zugleich erschien ein streifenförmiges Erythem an der Beugeseite der Haut des zweiten Armes, während das Pantopon nur unter die Haut des anderen Unterarmes injiziert worden war. Bei einer, nach einigen Monaten wieder notwendig werdenden Operation trat nach Pantoponinjektion auf dem einen Arm während der Äthernarkose das Erythem auf der anderen Seite an der korrespondierenden Hautregion des Armes in fast derselben Intensität, nur ohne Quaddelbildung, auf. Bei einer darauffolgenden ohne Äthernarkose vorgenommenen Kontrollinjektion kam es nur auf der injizierten Seite zum typischen Erythem. Der Fall läßt Verfasser noch eine zweifache Deutung zu: 1. Die Narkose, welche für gewöhnlich bei der Patientin nur ein Reflexerythem des Gesichtes und Halses bedingt, benutzt den durch die Pantoponinjektion gereizten und gebahnten Reflexbogen Arm-Zentrum-Arm der Gegenseite und bewirkt als zweiter afferenter Reiz diesen bilateralen Reflex. 2. Pantopon bewirkt eine Reizung des Vasomotorenzentrums, die beginnende Narkose bestärkt diese Wirkung, so daß infolge der erhöhten Labilität jetzt einseitige Injektion einen bilateralen Reflex auslöst.

2. Lanugo-Komedonen, von J. Csillag-Budapest. Bei einigen Patientinnen, die am knorpeligen Nasenteile und am Kinn ihre „Mitesser" nicht mit den üblichen Handgriffen auspressen konnten, entfernte Verfasser mit der Pinzette hornartige kleine Gebilde, die sich mikroskopisch als ein Bündel von 20—35 im Kolbenstadium befindlichen Lanugohaaren erwiesen. Er hat gefunden, daß diese Erscheinung eine außerordentlich häufige ist, die nur meist übersehen wird. W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

Juli 1913.

Ein Fall von Erythema induratum ohne Anzeichen von Tuberkulose, von James Galloway. Die Frage, ob stets ein Zusammenhang zwischen der mit dem Namen Erythema induratum bezeichneten Hautkrankheit und Tuberkulose vorhanden ist, ist schon häufig besprochen worden, ohne daß sie definitiv gelöst wurde. G. kommt nun zu dem Ergebnisse, daß jedenfalls zwei klinische Typen des Leidens unterschieden werden müssen, wovon die eine durch Zerfall des infiltrierten Gewebes und Geschwürsbildung charakterisiert, bei der anderen entzündliches Ödem der Haut die hervorstechendste Erscheinung und Ulzeration sehr selten ist. In dem von ihm hier beschriebenen Falle

Digitized by Google

handelte es sich um eine 36jährige Frau, bei der das Erythema an den Unterextremitäten nach einer Periode schlechten Allgemeinbefindens (Anämie) aufgetreten war; außerdem hatten längere Zeit hindurch unbestimmte schmerzhafte Anfälle von Rheumatismus bestanden. Die Hautaffektion besteht aus 10—12 schmerzhaften (spontan und auf Druck), in der Haut und Unterhautgewebe liegenden Knoten, welche nicht nur induriert waren, sondern einen beträchtlichen Rand purpurfarbener, kongestionierter Haut zeigten. Ulzeration trat nur gelegentlich als Folge oberflächlicher Abschürfung auf, ging nicht sehr tief und zeigte keine Ausbreitungs-, sondern Heilungstendenz. Die Affektion verschwindet unter Hinterlassung kleiner Pigmentherde und einer nur kaum sichtbaren Vernarbung. Unter günstigen Bedingungen, speziell vollständiger Bettruhe, verschwindet die Hauteruption rasch, und in Übereinstimmung mit der allgemeinen Besserung wurde die Neigung zu Rückfällen immer geringer und verschwand schließlich beinahe völlig. Es wurde kein physikalisches Zeichen von Tuberkulose festgestellt, obwohl die Patientin über fünf Jahre beobachtet und viele Male genau untersucht worden ist. In histologischer Beziehung zeigte die Eruption im Zentrum eines Herdes leicht ödematöser und kongestionierter Haut eine kleine Masse neugebildeten Gewebes von der Natur eines wahren Granulomas (einkernige, Riesenzellen), das durchsetzt und umgeben ist mit einer beträchtlichen Menge fibrösen Gewebes. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden, und die Gewebsüberimpfung auf Meerschweinchen blieb negativ. Aus der Beobachtung dieses Falles schließt Verfasser, daß bei der, unter dem Namen Erythema induratum — Bazins Krankheit — beschriebenen Hautaffektion wenigstens zwei Gruppen unterschieden werden müssen: die eine ausgesprochene tuberkulöse Reaktion gebend oder andere Erscheinungen von Tuberkulose aufweisend und bei Überimpfung auf empfängliche Tiere Tuberkulose entwickelnd, die andere, wozu vorliegender Fall gehört, eine spezielle Form von Granuloma und nur oberflächliche Ulzeration zeigend. Es ist wahrscheinlich, daß andere Fälle von Erythema induratum vorkommen, bei welchen die lokalen Gefäßveränderungen die hervorstechendsten Symptome sind, und daß diese Fälle eine Art Bindeglied zwischen Erythema induratum einerseits und dem akuten Erythema nodosum andererseits bilden und somit eine Analogie zu den persistenten Formen von Erythema nodosum darstellen.

Ein Fall von Dermatitis gangraenosa infantum, von A. H. H. Howard-Sheffield. Im Anschluß an kurz vorher überstandene Masern und eben aufgetretene Schafblattern waren bei dem zehn Monate alten Kinde an Nacken und Wangen, später auch an Gesäß und Oberschenkeln Bläschen entstanden, die sich späterhin zu eiterigen Blasen entwickelten, inzidiert und verbunden wurden; einige derselben bildeten dunkle, nahezu schwarze Schorfe, unter welchen scharf umschriebene Geschwüre lagen. Die Temperatur war stets um 40° C herum und von profuser Diarrhoe begleitet. Trotz antiseptischer Verbände und allgemein tonischer Behandlung ging das Kind, das auch unter recht schlechten hygienischen Verhältnissen stand, an Entkräftung zugrunde. Eine bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes war nicht gemacht worden.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juli 1913.

Die sogenannten wichtigen, in der Dermatologie gebräuchlichen Arzneimittel, von M. L. Ravitch-Louisville. Ein Versuch, in kurzen Zügen die wichtigsten, in der Dermatologie gebräuchlichen Mittel sowohl für äußere Anwendung wie innerliche Darreichung zu beschreiben. Kein Mittel ist von wirklichem Wert, dessen chemische Zusammensetzung wir nicht genau kennen, ebenso wie wir dessen chemischen Einfluß auf

Digitized by Google

die Haut und deren Veränderung durch Diät und äußere Reize ergründen müssen. Wir müssen auch dessen eingedenk sein, daß Medikamente, in Form von Lösungen, Salben, Pasten und Pudern auf die Haut appliziert, nur in geringem Grade von derselben absorbiert werden und rein lokal als Schutz-, erweichende, reizende, keimtötende oder ätzende Mittel wirken; die Haut sei ein reines Sekretionsorgan und habe sehr geringe Absorptionswirkung. Von dem sehr skeptischen Gesichtspunkte ausgehend, daß es sehr wenige wirklich brauchbare Mittel gibt, schildert R. jene, die wirklichen, teilweisen und zuweilen nur scheinbaren Nutzen haben: es sind im ganzen 38, seiner Ansicht nach für die Dermatologie brauchbare, die einzeln aufzuzählen, hier zu weit führen würde. Sie sind nach ihrer chemischen Zusammensetzung, jeweiligen Wirkung auf die Haut und ihrer Indikation bei den entsprechenden Hautleiden beschrieben; jedenfalls ein sehr lobenswerter, wenn auch etwas individuell gefärbter Versuch, eine Auslese unter den zahllos empfohlenen Medikamenten innerer und äußerer Wirkung auf die Dermatosen zu treffen.

Klebepflaster als direkter Verband bei der Behandlung von Wunden, Geschwüren und infektiösen Zuständen, damit Erfüllung der Bierschen und Wrightschen Grundsätze, von B. Hutchins-Atlanta. Die eiterige Wunde wird sauber gereinigt und direkt mit dem Zinkoxydpflaster, außer wenn viel Absonderung vorhanden, wo noch etwas Watte unter das Pflaster kommt, in Streifen verbunden. Am zweiten oder dritten Tag ist die Wunde gewöhnlich frei von Eiter, die Kokken scheinen aerober Natur und der Luftabschluß bei ihrer Zerstörung mitzuwirken. Das überschüssige Serum bringt ein neues Heer von Gegenkörpern (Opsoninen) mit sich und erfüllt so die Forderung Wrights. Frische Wunden im Gesicht von Kindern, gewöhnlich von stumpfen Instrumenten herrührend, wurden nach der Reinigung direkt mit Heftpflaster vereinigt, und es erfolgte rasche Heilung mit einer so schmalen Narbe, als wäre genäht worden. Jeden Tag muß der Verband gewechselt werden und stets luftdicht geschlossen sein. H. hält jedes Pflaster guten Fabrikats für brauchbar, ohne eine spezielle Marke empfehlen zu wollen; glaubt aber solches von $^1/_2$ Zoll Breite als praktischstes erklären zu müssen.

Dermatitis repens der Unterextremität, von G. A. Pudor-Portland. Es handelte sich um eine 65jährige Patientin, bei welcher das linke Bein an der vorderen Unterschenkelseite eine ganz oberflächliche, etwa 4 Zoll lange und breite Dermatitis zeigte; am Rande derselben waren zahlreiche Bläschen und Blasen, welche innerhalb weniger Stunden aufbrachen und eine nässende, rote Oberfläche zurückließen. Unter Stärkepuderverbänden trat Heilung in wenigen Tagen ein. Der Prozeß rezidivierte aber, indem die Entzündung monatlich etwa um $^1/_2$ Zoll sich ausdehnte und schließlich vom Fuß- bis zum Kniegelenk reichte und das Bein umschloß. Die alte zentrale Stelle bedeckte sich mit ganz dünnem Epithelium, das aber wieder zahlreiche neue Krankheitsherde enthielt. Behandlung mit Stockvakzine bewirkte völlige Rückbildung, die aber nur eine Woche anhielt; dann tritt wieder ein Rückfall ein. Feuchte Verbände mit $^1/_2$% essigsaurer Tonerde, jeden Tag abwechselnd mit trockenem Stärkepuder, waren von relativ bestem Erfolg und schienen das Fortschreiten der Entzündung zu verlangsamen. Wiederholte, sorgfältige, mikroskopische und Untersuchung von Blut und Sekreten gab keinen Schlüssel zu dem Leiden, das vielleicht durch irgend einen „Nervenreiz" verursacht ist. Im Gegensatz zu den gewöhnlich beschriebenen Fällen von Dermatitis repens (Crocker), wo die Oberextremität nur befallen ist, war hier allein das Bein affiziert.

Dermatologische Therapie. Der Gebrauch von Schwefel bei der Syphilisbehandlung, von Charles Wood Mc. Murtry. In vorliegender Arbeit versucht Verfasser, die Bedeutung des Schwefels und der Schwefelwässer als unterstützende, elimi-

Digitized by Google

nierende Mittel der Quecksilberbehandlung und als Quecksilbergegenmittel auseinanderzusetzen. Von diesen Gesichtspunkten aus ist der Schwefel bestimmt, die Wirkung des Quecksilbers zu verstärken, er macht ferner Patienten, welche Quecksilberidiosynkrasie haben, toleranter gegen Quecksilber und bringt Angewöhnung an dasselbe bei Patienten, welche nach langer Behandlung nicht mehr darauf reagieren, zum Verschwinden. Daher sollte Schwefel regelmäßig zur Nachbehandlung der Quecksilberkur angewandt werden. Schwefel und seine Komponenten entfernen nicht nur Quecksilber aus dem Körper, sondern sind auch imstande, die Knoten, welche durch Einkapselung unlöslicher, intramuskulär injizierter Quecksilbersalze entstanden sind, zum Verschwinden zu bringen. Gleichzeitig mit Quecksilber gegeben, setzt Schwefel geschwächte Patienten in den Stand, ohne Schaden einer wirksamen, energischen Quecksilberkur sich zu unterziehen. Schwefel vermehrt auch die Toleranz für Jodmedikamente. Schwefelwasser, innerlich und in Form von Bädern, wirkt vorzüglich bei Syphilitikern, welche gleichzeitig an Rheumatismus oder Gicht leiden. Schwefel ermöglicht die Darreichung hoher Quecksilberdosen ohne Gefahr der Vergiftung. Aus dieser kursorischen Zusammenstellung ergeben sich die Indikationen für die Schwefeldarreichung bei Syphilis (entweder als das Präzipitatpulver oder in Form irgend eines Schwefelwassers): bei Notwendigkeit hoher Dosen Quecksilbers, bei mangelhafter Assimilation oder Elimination desselben, als Nachbehandlung der Quecksilberkur, bei bösartigen, hartnäckigen oder stets rezidivierenden Fällen von Syphilis, bei Syphilitikern, welche auch an Anämie, Rheumatismus, Gicht, Skrofuloderma, allgemeiner Schwäche leiden, syphilitische Kachexie, akute und chronische Quecksilbervergiftung zeigen und andere mehr. Die Kontraindikationen hängen in hohem Maße von der Zusammensetzung des benützten Schwefelpräparates (Wassers), seiner Anwendungsart und dem körperlichen Zustand des Patienten ab; im allgemeinen sind sie aber bei folgenden Zuständen gegeben: Schwangerschaft, Krankheiten der Leber, Arteriosklerosis, ernsteren Nervenkrankheiten, aktiven tuberkulösen Prozessen, gewissen Formen von Pruritus (Vaquez), gastrischen Störungen. Das Schwefelpräzipitat wird in Form von Pulver oder Tabletten (1—8 g pro Tag) mit reichlich nachgetrunkenem Wasser genommen, von den natürlichen Schwefelwässern sind jene die besten, welche bei reichlichem Schwefelgehalt ohne Verdauungsstörungen genommen werden können; Schwefelbädern kommt noch unterstützende Wirkung zu. Eine Aufzählung der sowohl in den Vereinigten Staaten wie in Europa vorhandenen Schwefelquellen, wovon wohl Uriage (Frankreich) und Aachen (Deutschland) die bedeutendsten sind, nebst Literaturangaben schließt die lesenswerte Arbeit. Stern-München.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 11, Juli 1913.

1. Über endovesikale und endourethrale Behandlung mit Hochfrequenzströmen, von Robert Bachrach-Wien. 1. Die endovesikale Anwendung des Hochfrequenzstromes ist für die Behandlung gutartiger Papillome der Blase ein souveränes Mittel, das Gefahren nicht in sich schließt. 2. Unter 20 so behandelten Kranken waren drei Implantationsmetastasen am Blasenscheitel nach Sectio alta wegen Papillom; sie blieben nach Entfernung mit dem Hochfrequenzstrom über ein Jahr hindurch frei von Rezidiv. 3. Für große und ausgedehnte Papillome der Blase und Karzinome ist diese endovesikale Methode nicht geeignet, sondern diese Fälle bleiben nach der bisherigen Indikation der Sectio alta vorbehalten. 4. In der endourethralen Behandlung des Colliculus seminales und anderer Erkrankungen der Harnröhre leistet die Methode unter Zuhilfenahme entsprechender urethroskopischer Instrumente vorzügliche Dienste.

Digitized by Google

2. Blennorrhoische Urethro-Zystitis, rechtsseitige Uropyonephrosis, Nephrektomie. Linksseitige Pyonephrose, hintere Pyelotomie, sekundäre Nephrektomie. Ausgang in Heilung, von Boulanger-Paris. Die Arbeit behandelt einen Fall, dessen Einzelheiten in der Überschrift genannt sind.

3. Hämatogene Tuberkulose des Vas deferens, von Giacomo Zaccarini-Parma. Mitteilung eines Falles mit histologischen Untersuchungen, die ergaben, daß der Prozeß im Lumen des Vas deferens begonnen hat und sich in die lymphangitischen und vaskulären Räume um das Vas deferens ausgebreitet hat, während andererseits eine Fortpflanzung des Prozesses längs des Samenweges gegen die Samenblase stattfand. Nach dem Hoden zu waren die Veränderungen wesentlich geringer, woraus Verfasser schließt, daß der Samenfluß ein starkes Hindernis für die Ausdehnung des Prozesses gegen den Samenboden war.

4. Die Röntgenstrahlen in der Urologie. Bericht über die Jahre 1910/12. von L. Goerl-Nürnberg. W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Ein Vortrag über Zungenkrebs, von C. Ryall-London. (Brit. med. Journ., 5. April 1913.) Verfasser betont die Bedeutung der Syphilis als ein prädisponierendes Moment bei Zungenkarzinom. Bei einer früheren Gelegenheit hat er Statistiken aufgestellt, welche ergaben, daß bei 80% der Fälle eine Vorgeschichte von syphilitischer Infektion bestand. Diese Komplikation wird öfters verhängnisvoll, indem der Arzt leicht dadurch verführt wird, probeweise etwa antisyphilitisch zu behandeln, wobei oft eine gewisse Besserung erzielt wird, während tatsächlich der karzinomatöse Prozeß in der Tiefe weiter wuchert bis zum Grade der Inoperabilität. Ferner schreibt R. dem Tabakrauchen eine große Rolle in der Begünstigung der karzinomatösen Entartung bei syphilitischen Affektionen der Zunge zu. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von inoperabelen Krebsfällen, von A. P. Gould-London. (Lancet, 25. Januar 1913.) In diesem menschlich sehr ansprechenden Vortrag bespricht ein erfahrener Praktiker die Mittel, welche bei inoperabeler Karzinosis zur Linderung der Qualen und zur möglichsten Verlängerung des Lebens dem Arzte zur Verfügung stehen. Kurz zusammengefaßt lautet die Vorschrift auf strenge Hygiene und sparsamste Verwendung von Alkohol und Morphium. Ferner berichtet Verfasser über einige schwere Fälle, bei denen die Gamma-Strahlen von Radium resp. vom Röntgenrohr eine sehr frappante Wirkung betätigten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über chemische Wirkungen von Röntgen- und Radiumbestrahlung in bezug auf Karzinom, von Ernst Freund und Gisa Kaminer-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 6.) Die in früheren Arbeiten der Verfasser dargestellten Befunde wiesen darauf hin, daß das Disponiertwerden einer Stelle für Karzinom darin beruht, daß an einer solchen Stelle die normalerweise in den Geweben vorhandene Säure, sei es durch funktionelle Überlastung, sei es durch äußerliche Schädigungen, verloren geht. Diese Schädigung wurde herbeizuführen versucht durch exzessive Röntgenbestrahlung und dabei gefunden, daß toxische (nicht therapeutische) Röntgenbestrahlung das Verschwinden der im normalen Gewebe und im normalen Serum vorkommenden, ätherlöslichen, Karzinom-

Digitized by Google

zellen zerstörenden Fettsäure bewirkt. Im Gegensatz hierzu vermag exzessive Radiumbestrahlung aus dem pathologischen Nukleoglobulin der Karzinomatösen eine in Äther lösliche, Karzinomzellen zerstörende Fettsäure frei zu machen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Kuprase beim inoperabeln Karzinom, von H. Roizès-Montpellier. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 21.) Ähnlich der von Strauss in Deutschland inaugurierten Kupferbehandlung der Krebse hat Gaube in Frankreich eine Behandlung dieser Krankheit mit einem kolloidalen Kupferoxydhydrat (Kuprase) angegeben. Außer zwei Fällen von Organkarzinomen berichtet der Verfasser von einem inoperabeln, von der Tonsille ausgegangenen Epitheliom der Halsgegend, das durch intramuskuläre Injektionen von Kuprase in keiner Weise beeinflußt wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Über den Einfluß der Quecksilberpräparate auf das Wachstum der Mäusekarzinome, von Stanislaw Skudro-Krakau. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 15.) Aus den zahlreichen Untersuchungen, die Verfasser vorgenommen hat, zieht er den Schluß, daß weder das Darreichen von Sublimat, noch die Einreibung der grauen Quecksilbersalbe in die Impfstelle des Tumors, noch die subkutane Injektion von $HgCl_2$ einen Einfluß auf die Resorption der geimpften Tumoren ausgeübt hat.

W. Lehmann-Stettin.

Hohe Dosen bei der Röntgenbehandlung von Haut-Epitheliomen, von George M. MacKee und John Remen-New York. (New York med. Journ., 29. März 1913.) Die Vorteile der massiven Dosen über die fraktionierten sind nach Verfassers Erfahrung vor allem folgende: 1. findet im allgemeinen genaue Messung nur bei ersteren statt, so daß nur eine solche Methode als exakt und wissenschaftlich zu bezeichnen ist; 2. dem Patienten wird die Notwendigkeit unendlich häufiger Besuche beim Arzte erspart, und der 3. wichtigste Punkt ist das Ausbleiben der mit häufigen Bestrahlungen verbundenen Nebenerscheinungen, wie Hautatrophie, Telangiektasien, Pigmentierung und wirklichem Xeroderma pigmentosum, Übergang zu ganz bösartigem (Röntgen-) Karzinom. Ohne gerade eine Radiodermatitis ersten Grades harmlos nennen zu wollen, erklären es Verfasser bei der Behandlung von Hautepitheliomen doch für notwendig, eine solche hervorzurufen. Genaue Messung der X-Strahlen-Dosis und Behandlung des Leidens mit der gerade noch erforderlichen geringsten Menge derselben sind weitere Bedingungen. Ist nach der ersten Bestrahlung ein Erythem, aber nach Monatsfrist noch keine Besserung aufgetreten, so muß zum Messer gegriffen werden; ist jedoch eine Veränderung (Involution) zu konstatieren, so muß vier Wochen nach der ersten eine zweite Bestrahlung vorgenommen werden. Viele Fälle von Hautepitheliom erwiesen sich so als heilbar durch eine einzige Sitzung, und es erscheint zweifelhaft, ob mehr als zwei oder drei Bestrahlungen bei einem Basalzellen-Epitheliom, ob knotigen oder ulzerösen Charakters, notwendig sind, vorausgesetzt, daß es überhaupt der Röntgenbehandlung zugängig ist. Filtration wenden Verfasser nur bei tiefsitzenden oder mit gesunder Haut bedeckten Karzinomen an, sonst aber empfehlen sie als Ersatz der Filter Bestreichung der Haut mit Adrenalin, Anwendung von Druck oder Eis. Während in jenen Fällen, die mit kleinen, oft wiederholten Dosen behandelt worden sind und Rezidive zeigen, nochmalige Röntgenbehandlung meist ohne Erfolg ist, zeigen sich im Gegenteil die nach massiver Dosis vorkommenden Rezidive ebenso zugänglich wieder für neuerliche Bestrahlung. Von den angeführten 8 Fällen bildet einer ein lehrreiches Beispiel für letztere Hypothese, von den anderen ward die Mehrzahl nach einer intensiven Bestrahlung geheilt. Stern-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein Fall von Oberschenkelmamilla beim Manne, von R. DIETSCHY. (Schweiz. Korresp.-Bl., 1913, Nr. 12.) Bei einem 20jährigen Manne mit Tbc. pulm. I findet sich an der Innenseite des linken Oberschenkels 12 cm vom oberen Symphysenrande entfernt eine typische, kleine Mamilla, etwas längsoval, mit dem Warzenhof 1,4 cm lang und 0,8 cm breit. In der Areola derselben findet sich ein Kranz feiner Drüsenporen, ähnlich den MONTGOMERYschen Drüsen beim Weibe. Kein Drüsenkörper.

Haas-Hamburg.

Zur Technik der intravenösen Injektionen, von JOHANN SAPHIER. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 27.) Verfasser gibt eine Kanüle an, deren Nadel im Ursprungsteile leicht konkav nach aufwärts gebogen ist, so daß die Injektionsspritze äußerst bequem und nicht dem Arm anliegend gehandhabt werden kann, die ferner mit einem Bügel versehen ist, der ein festes Anliegen der Kanüle auf dem Arm bezweckt und ein Verschieben der Nadel verhindert. W. Lehmann-Stettin.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von L. ARZT und M. SCHRAMEK-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 30.) Beschreibung eines Apparates, der im wesentlichen aus einem Zweiweghahn besteht, an den mittels verschieden gekrümmter Verbindungsstücke einerseits eine Rekordspritze, andererseits ein Reagensröhrchen zur Blutaufnahme paßt, während der Hahnausfluß mit einer Injektionsnadel armiert ist.

W. Lehmann-Stettin.

Über Antigene für die Meiostagminreaktion, von G. IZAR-Catania. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 18.) Im Anschluß an die früher gefundene Beobachtung, daß Myristilsäure für die Meiostagminreaktion bei malignen Tumoren als Antigen dienen kann, hat Verfasser das Verhalten einer Reihe von Fettsäuren gegenüber Tumorenseris studiert. Aus den Befunden geht hervor, daß gewisse Fettsäuren, besonders Leinöl- und Rizinusölsäure als Antigen verwendet werden können. Die Untersuchungsergebnisse geben zu der Vermutung Anlaß, daß die Verminderung der Oberflächenspannung nicht von dem Auftreten neuer Substanzen oder von der Befreiung vorher vorhandener abhängt, sondern daß sie vielmehr einfach durch den verminderten Gehalt seitens der Tumorensera an Substanzen, welche die erwähnten Fettsäuren binden, zustande kommt.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Die **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie** wählte zu korrespondierenden Mitgliedern: C. BARRIÈRE-Mexiko, P. BALINA-Buenos Ayres, EFSTRATIU-Smyrna, H. FOX-New York, ILIESCO-Bukarest, G. MACKIE-New York, DE SMET-Gent.

Das neue **Lupusheim in Gießen,** welches 40 Betten zählt, ist so überfüllt, daß schon jetzt an die erst für später in Aussicht genommene Vergrößerung gedacht wird.

Dr. JOSEF KYRLE, Assistent der Klinik FINGER, hat sich in Wien als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Dr. E. H. MOLESWORTH wurde zum Lektor der Dermatologie an der Universität Sydney ernannt.

Dr. J. BASCHKOPF in Krakau ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. September 1913 | Nr. 36 | Band 57

Aus der Grazer Dermatologischen Klinik (Vorstand: Prof. Matzenauer).

Symmetrische Hautgangrän.

Ein Beitrag zur Lokalisation symmetrischer Affektionen.

Von

Privatdozent Dr. R. Polland, I. Assistent.

(Mit 1 Abbildung.)

Symmetrisch angeordnete Hautaffektionen sind besonders geeignet, von vorn herein die Aufmerksamkeit des Beobachters in erhöhtem Maße zu erwecken. Man ist geneigt, ein solches Vorkommnis nicht lediglich einem Zufall zuzuschreiben, sondern fühlt sich veranlaßt, eine besondere Ursache dafür zu suchen. In der Tat hat dieses Streben auf dermatologischem Gebiet viel Berechtigung. Unter den mannigfachen mehr oder weniger genau symmetrischen Affektionen gibt es zwar solche, bei denen ganz augenscheinlich die Verteilung der Effloreszenzen keinen besonderen, nur mit dem Wesen dieser speziellen Erkrankung zusammenhängenden Gesetzen unterliegt, wie z. B. die Psoriasis. Dies zeigt sich schon in der Ungleichartigkeit der Fälle, von denen die einen ausgesprochen symmetrisch angeordnete Effloreszenzen aufweisen, während bei anderen wieder völlige Regellosigkeit herrscht und nicht einmal die klassische Streckseitenlokalisation eingehalten wird.

Bei anderen hingegen gehört die Symmetrie so sehr zum eigentlichen Wesen der Erkrankung, daß man ihr unbedingt eine vom Wesen des Prozesses selbst untrennbare Ursache zuschreiben muß, beim Erythema wie z. B. exsudativum multiforme oder bei der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica (Matzenauer-Polland).

So viel Beachtung auffallende Lokalisationen der Hautprozesse auch überall finden, so gering ist eigentlich die Zahl der in der Literatur niedergelegten Versuche, diese Tatsachen in entsprechender Weise zu erklären. Es existiert aus dem Jahre 1873 das Buch von Oskar Simon, welcher den Gegenstand recht ausführlich behandelt; die Lektüre des Büchleins bietet manches Interessante. Aus der späteren Zeit habe ich eigentlich nichts Zusammenfassendes darüber finden können.

Digitized by Google

Ich hatte selbst wiederholt Gelegenheit, mich speziell mit der Symmetrie gewisser Krankheitsbilder zu befassen, anläßlich meiner Beobachtungen verschiedener angioneurotischer Dermatosen. Man hat hier unwillkürlich den Eindruck, daß eine derartige Lokalisation unter dem Einfluß eines Zentralorgans, also des Gehirns, eventuell des Rückenmarkes, zustande gekommen sei, und neigt a priori zu einer neurogenen Auffassung, indem man sich vorstellt, daß das pathogene Agens das Zentralorgan affiziert und dieses reflektorisch seine geordneten Impulse an die Peripherie aussendet. Sicherlich spielt sich in vielen Fällen der Verlauf auf diese oder ähnliche Weise ab; daß man aber gut daran tut, dennoch jeden Fall in dieser Hinsicht einer sorgfältigen Kritik zu unterziehen, um nicht zu irrtümlichen Anschauungen zu kommen, soll folgender Fall beweisen.

62jährige Frau, verwitwet; im 22. Lebensjahr Typhus; vier normale Geburten, drei Kinder bald nach der Geburt, eines später gestorben. Mit Eintritt des Klimakteriums im 53. Lebensjahr trat Anschwellung der Beine auf, ebenso auch entzündete Krampfadern. Dieser Zustand besserte sich später wieder, und sie soll bis August 1912 gesund und arbeitsfähig gewesen sein.

Dann bildeten sich angeblich ohne Fieber und Störung des Allgemeinbefindens unter Anschwellung blaue Flecke an Armen und Beinen. Es traten heftige Schmerzen hinzu, und endlich entstanden ausgedehnte Schorfe an der Stirn, der Schulter und den Beinen, unter denen sich Geschwüre bildeten. Pat. wurde bettlägerig, der Appetit schwand, sie magerte ab und wurde hinfällig; es gesellte sich ein Katarrh der Nase und des Rachens hinzu, so daß sie sich entschloß, das Spital aufzusuchen.

Sie bot bei der Aufnahme folgenden auffallende Bild dar: Stark abgemagert, so schwach, daß sie nicht gehen kann. In der Steißbeingegend handflächengroße, blutunterlaufene Stellen, z. T. der Epidermis beraubt. An den Armen und Beinen, teilweise auch im Gesicht, ein ausgedehntes blaues Netzwerk von erweiterten Gefäßen mit zahlreichen verschieden alten Blutaustritten, die unter Fingerdruck nicht schwinden.

An beiden Oberarmen oben außen über der Deltoideswölbung ziemlich symmetrisch über handflächengroße derbe trockene, schwärzlichgrüne, etwas unter das Niveau der umgebenden Haut eingesunkene Schorfe, am Rande von einer eiternden Demarkationszone umspült. An den Stellen, wo der Schorf bereits abgelöst ist, tiefgreifende, unregelmäßige, ziemlich reine Geschwürsflächen. Ganz gleiche Schorfe und Geschwüre befinden sich auch in der Mitte der Stirn und symmetrisch an beiden Unterschenkeln.

An den Beinen sieht man ferner ausgedehnte Pigmentationen und unregelmäßige, oberflächliche, pigmentierte Narben, die namentlich an den Oberschenkeln eine großpolyzyklische Begrenzung mit Randpigmentation aufweisen und ein flachstrahliges Gefüge besitzen.

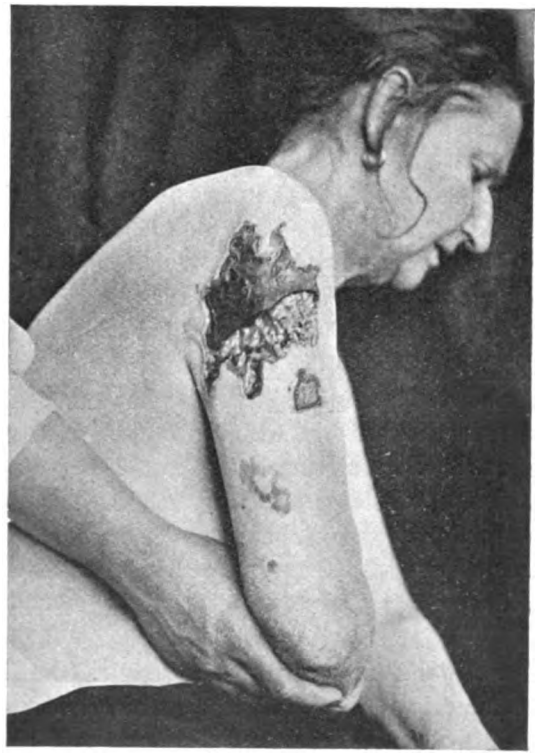
Die Zunge ist sehr trocken, rissig, die Papillen stellenweise schwärzlich, die Mundschleimhaut trocken, düsterrot, desgleichen die Rachenwand. Die Nase mit Blutborken erfüllt. Ödeme sind nirgends vorhanden. Temperatur gegen 40°. Im Harn kein Eiweiß, keine Nierenelemente, kein Zucker.

Wie aus der Beschreibung und der Abbildung hervorgeht, hat man sofort den Eindruck, daß es sich um eine symmetrische Hautgangrän handelt. Die Affektion hatte nach dem Aussehen und besonders nach

Digitized by Google

ihrer Anordnung eine beträchtliche Ähnlichkeit mit den gangränösen Fällen unserer Dermatosis symmetrica, oder mit verschiedenen von den Autoren als Angioneurosen beschriebenen Fällen von Hautgangrän. Es war mir nur auffallend, daß der Zustand bei einer so alten Frau aufgetreten war, während wir dergleichen nur bei jungen Mädchen mit Menstruationsanomalien zu sehen gewohnt sind.

Bei näherem Zusehen war aber nicht zu verkennen, daß sich die Hautgefäße überhaupt in einem abnormen Zustand befanden; es bestand sozusagen eine ungewöhnlich ausgesprochene Cutis marmorata, noch dazu mit Blutaustritten, so daß die Pat. namentlich an narbigen Stellen ein Bild darbot, das fast mit den Folgen einer Röntgendermatitis eine gewisse Ähnlichkeit hatte. Man sah förmlich durch die Haut hindurch die stellenweise verstopften Gefäße.



Bei weiterer Beobachtung des Falles wurde dieser Eindruck noch verstärkt. Wir konnten nämlich an einigen Stellen das Fortschreiten des Gangränprozesses mit ansehen. Ganz im Gegensatz zur Derm. dysmenorrh. war hier der Verlauf ein ganz langsamer: die Frau klagte tagelang über starke Schmerzen an der betreffenden Stelle, es bildete sich dort eine entzündlich gerötete, empfindliche Anschwellung; einzelne Hautgefäße traten als verdickte und thrombosierte Stränge hervor, es trat Blutaus. Dann begann eine umschriebene Partie einzutrocknen, es bildete sich ein gelbbrauner, später schwärzlicher Schorf. Das alles dauerte aber mehrere Tage.

Es unterlag keinem Zweifel, daß hier die Ursache der Gangrän in einer Entzündung und Verstopfung der ernährenden Gefäße lag. Den Grund dieser Veränderung legten weitere Untersuchungen klar: es

Digitized by Google

bestand eine starke Vermehrung der Leukozyten im Blut der Patientin. Der Blutbefund war nämlich folgender: Rote Blutkörperchen 3200000, weiße 60—70000, Hämoglobingehalt 36%. Im gefärbten Präparat (Pappenheim, Ehrl. Triazid) sah man zahlreiche Eosinophile, vereinzelte Mastzellen, spärlich kernhaltige rote, viele große und kleine Lymphozyten. Mit dem zunehmenden Verfall der Patientin nahmen die Eosinophilen stark zu.

Dieses Blutbild berechtigt wohl nicht zur Diagnose Leukämie, jedoch bestand sicherlich eine starke Anämie mit beträchtlicher Hyperleukozytose, also eher das Bild einer Anaemia gravis.

Was nun den Grund für das Zustandekommen dieser abnormen Blutbeschaffenheit betrifft, so führten uns die oben beschriebenen bogenförmigen, am Rande pigmentierten Narben an den Beinen auf die Spur. Diese Narben erweckten nämlich den Verdacht, daß sie Residuen gummöser Prozesse seien. Die Frau wußte zwar nichts von einer überstandenen Lues zu berichten, die Blutuntersuchung nach WASSERMANN fiel aber mittelstark positiv aus, so daß es wohl keinem Zweifel unterliegt, daß die Frau an Syphilis litt. Diese hatte, da sie nie behandelt wurde, zuerst zur Bildung der Gummen und schließlich zur Ausbildung der schweren Anämie geführt, der die Frau nach langem Todeskampfe erlag. Salvarsanbehandlung hatte ihr keine Rettung bringen können.

Im Verlauf der Krankheit kam es vorübergehend zu einer ebenfalls recht beachtenswerten Erscheinung: es trat mehrmals etwas Blutbrechen auf, und auch der Stuhl war einige Tage schwarz gefärbt. Durch Wismutpulver konnte aber der Zustand bald gebessert werden. Offenbar war es auch zu Geschwürsbildung in der Magenschleimhaut gekommen.

Die Obduktion vervollständigte das Bild der Pathogenese des Falles. Der Befund an den inneren Organen war, abgesehen von einem aponal entstandenen Lungenödem eigentlich ziemlich negativ. Die Gefäße des Gehirns, des Herzens und die Aorta zeigten keine wesentlichen Veränderungen. Auch die Schleimhaut des Magens und Darmes zeigte nur mehr geringe Spuren kleiner Läsionen, die offenbar die Hämatemesis veranlaßt hatten. Hingegen erwies sich schon das Herz und alle großen inneren Gefäße mit ausgedehnten, festen Blutgerinnseln erfüllt. Ganz besonders aber war dies der Fall bei den Hautvenen, welche weit fortlaufende Gerinnsel von mehrfacher Schichtung enthielten.

Das Blut der Patientin hatte offenbar eine wesentlich gesteigerte Gerinnungsfähigkeit, und namentlich in der Haut waren viele Gefäße vollkommen thrombosiert; die gangränösen Stellen hatten übrigens nach Abstoßung der Schorfe ein recht gutes Aussehen angenommen, die De-

Digitized by Google

fekte waren von guten Granulationen größtenteils ausgefüllt, und die Überhäutung hatte bereits begonnen.

Die Pathogenese des Falles dürfte also ungefähr folgende sein: Die Frau litt an alter Syphilis; diese war in den ersten Stadien übersehen worden, daher ohne Behandlung geblieben. Infolgedessen bekam sie später gummöse Geschwüre; diese verheilten, es stellte sich aber allmählich eine schwere Anämie mit Hyperleukozytose ein, die anfangs das Allgemeinbefinden nicht sehr beeinträchtigte. Später kam es jedoch zu Gerinnungen in verschiedenen Hautgefäßbezirken, zu anämischen Infarkten und zu Nekrosen. Dadurch kam die Frau immer mehr herunter, die Anämie wurde immer größer, und endlich ging sie an Erschöpfung zugrunde. Auch an den Gefäßen gewisser Schleimhautbezirke müssen sich ähnliche Vorgänge abgespielt haben, daher die Blutungen der Nasenschleimhaut und das Blutbrechen.

Nun aber zu unserer Hauptfrage: Warum sind die nekrotischen Prozesse an symmetrischen Stellen lokalisiert? Daß diese Symmetrie etwa Nerveneinflüssen — es müßte sich dabei offenbar um das Zentralnervensystem handeln — ihre Entstehung verdanken, ist wohl von vornherein ausgeschlossen; es finden sich dafür durchaus keine Anhaltspunkte, während andererseits alles darauf hinweist, daß die Ursache im Blut und im Gefäßsystem zu suchen ist.

Es ist unseres Erachtens an diesem Fall klar ersichtlich, daß die veränderte Blutbeschaffenheit in gewissen Bezirken die Thrombosierung veranlaßt hat, sich unmittelbar, indem das Blut an gewissen Stellen zur Gerinnung kam, die Gefäße verstopfte und durch Störung der Zirkulation die Nekrose der befallenen Bezirke herbeiführte.

Warum trat dieses Ereignis aber gerade an symmetrischen Stellen auf? An der wirklich vorhandenen Symmetrie sind wohl keine Zweifel möglich. Es zeigte sich sogar auch an diesem Fall die Erscheinung, die man oft bei symmetrischen Prozessen beobachten kann, daß die Affektion sich auch an der Medianlinie einstellte; dort waren die Effloreszenzen natürlich in der Einzahl. (Siehe den Herd auf der Stirn.) Da hier von Nerveneinflüssen gewiß nicht die Rede sein kann, so bleibt nur eine Möglichkeit: es ist die Richtung des Blutstromes in Verbindung mit den Eigentümlichkeiten gewisser Gefäßbezirke für die Symmetrie verantwortlich zu machen.

Ganz charakteristisch ist es, daß wir auch hier wieder die Streckseiten befallen sehen; man kann diese Lokalisation direkt als beweisend für solche Affektionen betrachten, die ihre Entstehung dem Vorhandensein schädigender Agentien im Blut verdanken; es ist dieselbe Ursache,

Digitized by Google

warum Erytheme, warum Tuberkulide diese Lokalisation einhalten, die ebenfalls meist eine hochgradige Symmetrie aufweisen.

Daß die Richtung des Blutstromes (und mutatis mutandis auch des Lymphstromes) auf die Lokalisation gewisser Erkrankungen nicht ohne Einfluß ist, lehrt zunächst die klinische Beobachtung. Ganz klar und evident ist dies z. B. bei Infektionen mit Eitererregern, wo die Phlebitis und Lymphangoitis, die Lymphdrüsenschwellung und Vereiterung den Weg des Prozesses zeigt. Fast ebenso evident ist es oft bei den Metastasen maligner Geschwülste, bei Embolien, die ja ganz typische Vorzugslokalisationen haben. Weniger augenscheinlich ist der Mechanismus vielleicht beim Lupus betreffs der Gesichtslokalisation; aber bei einigem Überlegen wird wohl niemand daran zweifeln, daß es lediglich die Richtung des Blutstromes von der Lunge zum Kopf sowie die zur Hyperämie neigende, etwas langsame Zirkulation in der Gesichtshaut ist, welche diese Lieblingslokalisation bedingt. Und im Gesicht ist es wieder die Nase als der für die Blutversorgung schwierigste Teil, der besonders oft befallen wird.

Da wir wissen, daß der Lupus von den Tuberkelbazillen selbst veranlaßt wird, haben wir hier ein Beispiel der Verschleppung von korpuskulären Krankheitserregern in einer bestimmten Stromrichtung und Deponierung an bestimmten Lieblingsstellen — etwa vergleichbar den Sandbänken und Tümpeln großer Wasserläufe. Wohlgemerkt, von irgend einer Beteiligung von Nerven oder gar zentraler Nervenorgane ist dabei absolut nicht die Rede.

Gehen wir einen Schritt weiter, so liefern uns die Tuberkulide, die toxischen Erytheme, die Arzneiexantheme den Beweis, daß auch nicht korpuskuläre, sondern gelöste Giftstoffe augenscheinlich von denselben hämodynamischen Gesetzen in gewisse Richtungen gelenkt werden können, wo sie dann ihre typischen Wirkungen entfalten.

So laut auch diese aus der Beobachtung am Krankenbett und der Kenntnis der pathogenen Vorgänge geschöpften Tatsachen für die Bedeutung der Stromrichtung des Blutkreislaufes und die spezielle Anordnung der einzelnen Gefäßgebiete in der Frage der Lokalisation gewisser Prozesse spricht, so wäre es doch wünschenswert, durch physiologische Experimente diese Verhältnisse völlig einwandfrei darzulegen.

Soviel ich weiß, und wie mir auch von erfahrenen Physiologen bestätigt wurde, existieren bis jetzt eigentlich keine Versuche, die direkt zur Klarlegung dieser Verhältnisse geeignet wären. Allerdings handelt es sich dabei um ein ziemlich schwieriges Unterfangen, das besonders auch dadurch recht sehr erschwert ist, daß das Haarkleid der meisten Versuchstiere die Beobachtung von Hautveränderungen nahezu unmöglich macht.

Digitized by Google

Ich habe versucht, unterstützt von den Ratschlägen der Herren Professoren Hofrat Klemensiewicz und H. Pfeiffer, denen ich hiermit meinen besten Dank ausdrücke, der Frage experimentell näher zu kommen.

Zu diesem Zwecke wurde Meerschweinchen eine Tuschlösung (wie sie zur Färbung nach Burri benutzt wird) intravenös eingespritzt. Anfangs war die Lösung zu konzentriert, die Haut der Tiere verfärbte sich fast sofort; nach wenigen Stunden stellten sich Krankheitszeichen ein, und nach 2—3 Tagen gingen die Tiere zugrunde.

Bei Anwendung geringerer Konzentrationen blieben die Meerschweinchen am Leben; deutlich lokalisierte Depots in der Haut zeigten sich aber nicht. Nach einiger Zeit wurden die Tiere getötet; die Tuschkörnchen hatten sich in reichlichem Maße in den Lymphdrüsen und den parenchymatösen Organen abgelagert, die Haut zeigte sich in geringem Maße diffus von Tuschkörnchen durchsetzt.

Ein Versuch bei einem weißen Hasen, dem die Tuschlösung in die Ohrvene injiziert wurde, verlief ebenfalls ohne verwertbares Resultat. Daran mag wohl schuld sein, daß die Tusche ein chemisch außerordentlich indifferenter Körper ist, der auch bei langem Verweilen im Gewebe keinen besonderen Reiz ausübt. Bei den pathogenen Giftstoffen ist es offenbar anders, sie haben vielleicht die Fähigkeit, schon bei kurzdauernden Verminderungen der Zirkulation sich an Gewebszellen zu verankern, sich resorbieren zu lassen und Veränderungen hervorzurufen.

Vielleicht gelingt es in weiteren Versuchen, geeignete Stoffe zu finden, durch deren Injektion die Ablagerung an bestimmten, durch die Blutstromrichtung prädestinierten Stellen dargetan werden kann; jedenfalls aber scheint mir der oben beschriebene Fall folgendes zu beweisen:

Es kann eine symmetrische Hautgangrän geben, die ausschließlich auf dem Wege der Blutbahn zustande kommt, also lediglich hämatogenen Ursprunges ist. Sie entsteht dadurch, daß die Blutgefäße einzelner Hautpartien durch Thromben verstopft werden und die nicht mehr genügend mit Blut versorgten Hautstellen der Nekrose anheimfallen. Dabei spielt eine ätiologische Mitbeteiligung irgend welcher Nerven gar keine Rolle.

Man ist also durchaus nicht genötigt, für alle Fälle symmetrischer Gangrän nach einer Mitbeteiligung des Nervensystems zu suchen, die veränderte Beschaffenheit des Blutes genügt allein vollkommen, um solche Vorgänge zustande zu bringen.

Für die Erklärung der symmetrischen Anordnung der nekrotischen Stellen bleibt in unserem Falle auf Grund des Verlaufes und des Obduktionsbefundes kaum etwas anderes übrig als die Annahme, daß die Blutstromrichtung und Geschwindigkeit die Ursache ist, daß

Digitized by Google

sich in gewissen Hautbezirken Störungen in der Zirkulation zuerst bemerkbar machen, und da das Gefäßsystem symmetrisch angelegt ist, so sind diese Stellen ebenfalls symmetrisch. Der Beweis durch das Tierexperiment ist hierfür bis jetzt allerdings noch nicht gelungen.

Aus der k. k. böhmischen dermatologischen Klinik (Vorstand: Hofrat Prof. V. Janovský) und der dermatologischen Abteilung des Garnisonspitals Nr. 11 in Prag (Kommandant: Oberstabsarzt Dr. Karl Franz).

Über ein Purpuraexanthem nach Balsamum Copaivae.

Von

Regimentsarzt Dr. Jaroslav Odstrčil, Hospitant der Klinik.

Die am meisten verbreitete Anwendung unter den innerlich gebrauchten Mitteln gegen Gonorrhöe erreichten die Balsamika. Am längsten dürfte wohl Balsamum Copaivae im Gebrauch stehen.

Schon im Jahre 1648 berichtet Piso über den Gebrauch dieses Mittels als Antigonorrhoikum in Brasilien, von wo aus es durch die Portugiesen nach Europa eingeführt wurde und auch hier seinen Ruf als gutes Trippermittel behauptete. Bereits im Jahre 1729 verordnete dasselbe Daniel Turner und 1827 Thorn in der venerischen Praxis. Ricord (1849) gelangte zu der Überzeugung, daß der Kopaivabalsam durch die in den Urin übergegangenen Produkte topisch wirkt, er machte die Beobachtung, daß bei Tripperkranken, wenn ihnen Urin eines Individuums, das Balsamum Copaivae zu sich nahm, eingespritzt wurde, eine Heilung des Prozesses eintrat. Einige Jahre später (1859) bestätigte auch Roquette diese Erfahrungen. Bernatzik, welcher pharmakologische Studien über den Kopaivabalsam anstellte, ist jedoch zu einem anderen Resultate gelangt, nämlich daß die Wirkungsweise des Balsams auf die Zusammenziehung der Gefäße und Verdichtung der Gewebsteile vom Blute aus zurückzuführen wäre, nicht aber auf die Wirkung des Urins, wie es seine Vorgänger vermutet haben. Weickhart (1860) schrieb der Kopaivasäure, Quinke (1883) dem reinen Kopaivöl die eigentliche Wirkung zu. Dagegen kamen Rocco da Luca und Amato (1884) zu dem Schlusse, daß weder Kopaivasäure noch Kopaivöl isoliert wirken, sondern daß nur dem Harze resp. seinen Verbindungen diese Eigenschaft zuzuschreiben ist.

Zur selben Zeit, wo man über die Heilungskraft und Wirkungsart dieses Mittels Untersuchungen anstellte und in demselben ein gutes Mittel gegen Gonorrhöe zur Verfügung zu haben glaubte, wurden aber die nachteiligen Nebenwirkungen des Balsams bekannt. Nach längerem Gebrauche zeigten sich nämlich in einzelnen Fällen Störungen von seiten des Gastrointestinaltraktes, die oft zu langwierigen Katarrhen führten. Bei anderen Patienten traten Exantheme, und zwar öfters in Form von Erythemen oder papulösen Ausschlägen auf, seltener wurde Urtikaria oder sogar Pur-

Digitized by Google

pura beobachtet. Ursprünglich geschah die Darreichung des B. C. tropfenweise; um den ekelerregenden Geschmack sowie die anderen Nebenwirkungen zu beheben, versuchte man den Balsam in Mixturen, Klysmen und Gelatinkapseln zu verabreichen, doch die unangenehmen Nebenwirkungen stellten sich noch bei den verschiedensten Darreichungsweisen ein. Die vorerwähnten Hauterscheinungen werden nicht selten schon durch die erste Dosis des Balsams hervorgerufen und verschwinden in der Regel erst dann, wenn das Mittel ausgesetzt wurde. Aus den zeitweise auftretenden Exanthemen nach B. C. glaubte man Ende der Jahre 1860 im letzteren ein Mittel zu besitzen, welches Erytheme bzw. Urtikaria zu erzeugen imstande wäre, also einen Zustand, der einer akuten Entzündung der Haut entspricht; und weil nach John Hunter zwei entzündliche Affektionen nicht nebeneinander existieren können, wollte man durch die Medikation mit Kopaivabalsam verschiedene Hauterkrankungen zur Heilung bringen. Diese Vermutung wurde noch durch die Beobachtung Purdons gestützt. Er behandelte mit B. C. eine Gonorrhöe bei einer Patientin, die zufällig gleichzeitig mit Psoriasis behaftet war und sah, daß die Hautaffektion bald geschwunden ist. Purdon erklärt den Heilerfolg im Sinne der Theorie John Hunters.

Nach den Erfahrungen mancher Autoren ist der Balsam imstande, auch Nierenreizungen zu verursachen, doch darf man nicht bei der Prüfung auf Eiweiß den Fehler begehen, die Urinprobe mit Mineralsäuren vorzunehmen, da das kopaivsaure Natron gelöst im Urin einen Niederschlag erzeugt, der leicht Eiweiß vortäuschen könnte.

Nachstehend erlaube ich mir, aus der älteren Literatur über einige interessante, seltene Exanthemfälle nach B. C. zu berichten. Jaumes erwähnt, daß ein 26jähriger kräftiger Soldat mit zarter, weißer Haut am 9. II. 1873 20 g puren Balsam genommen hat; am 11. II. bekam er B. C. 10,0, Cubeb. 16,0, Katechu 2,0 g Mf. boli. DS. für einen Tag. Sieben Tage später, am 18. II., konnte man auf der Brust, am Bauche und an den Extremitäten ein stark juckendes, knötchenförmiges Exanthem feststellen; am 19. II. am Stamme ein lebhaft roter konfluierender Ausschlag, welcher gegen die Extremitäten zu an Extensität und Intensität bereits abgenommen hatte. Kopfschmerz und Magenbeschwerden waren vorhanden, dagegen keine Diarrhöe. Nach Aussetzen der Arznei blaßte das Exanthem in weiteren drei Tagen ab.

Hardy sah bei seinem Falle ein Erythem mit geringen Fiebererscheinungen nach B. C. auftreten und bespricht die damit leicht zu verwechselnden Exantheme (Rash, Urtikaria, Rubeola, Erythema papulatum). Die Dauer des Exanthems kann sich auf 7—14 Tage erstrecken. Zur Diagnose fordert Hardy den Nachweis von Kopaivsäure mit Hilfe von Salpetersäure im Urin.

Sehr interessant ist auch jene Form von Exanthem, über die Sutcliffe berichtet und welche in Papelform unter leichtem Fieber und Nackenschmerzen sich bemerkbar machte. Der Kranke wurde wegen Verdacht auf Masern oder Röteln ins Spital gebracht. Der Autor glaubt, daß nur der Balsam selbst und nicht die Resina Copaivae ein Exanthem verursachen konnte. Derselben Ansicht ist auch Paquet (1880), der angibt, daß das Harz des Balsams keine Exantheme, dafür aber dessen flüchtige Öle solche hervorbringen können. Pellacani (1885) spricht die Meinung aus, daß die Wirkung der Balsamika nicht den in dem Balsame vorkommenden Substanzen (Kopaivsäuren, ätherischen Ölen) zuzuschreiben wäre, sondern den durch den Urin ausgeschiedenen im Körper gebildeten Säuren (Glykuronsäuren). Aus dem Falle von Mauriac (1879) ersehen wir,

Digitized by Google

daß nicht nach jedem Gebrauche des B. C. bei einem und demselben Individuum Exantheme zu erscheinen pflegen. Der Autor führt den Fall eines Kranken an, bei welchem vor zwölf Jahren kein Exanthem nach Gebrauch von Kopaivbalsam auftrat, während bei Behandlung desselben Kranken anläßlich einer neuen Infektion nach drei- bis viertägigem Gebrauch von Kopaiva und Kubeben nach vorhergehender Diarrhöe, aber ohne Fiebersteigungen, ein über den ganzen Körper ausgebreitetes skarlatiniformes Exanthem mit Gesichtsödem konstatiert wurde, das besonders an den Beinen eine ausgesprochene Tendenz zu Ekchymosen zeigte (Purpura confluens). Eiweiß im Urin fehlte. In neuerer Zeit fand Bettmann (1900), daß der Balsam zur vermehrten Zuckerausscheidung bei Diabetikern führen und bei einzelnen Personen auch alimentäre Glykosurie veranlassen kann, während diese bei anderen, besonders wo gleichzeitig Erythem und Urtikaria auftritt, ausbleibt.

Die besprochenen toxischen Exantheme nach Kopaiva oder anderen balsamischen Mitteln werden nach Lewin mit dem Sammelnamen „Roseola balsamica" bezeichnet. Derselbe Autor unterscheidet im wesentlichen fünf verschiedene Formen von Exanthemen, welche meistens schon am zweiten Tage sich entwickeln können. 1. Vorwiegend sieht man roseola- oder morbillenähnliche Erytheme, die vorwiegend an den Innenflächen der Extremitäten, den Hand- und Kniegelenken und um die Malleolen auftreten. Seltener schon kommen scharlachförmige Ausschläge vor, welche sich dann gewöhnlich über den ganzen Körper unter Fiebererscheinungen ausbreiten. (Neumann fand bei solchen Fällen histologisch ein kleinzelliges Infiltrat in der Umgebung der Blutgefäße, der Talg- und Schweißdrüsen, sowie der Haarfollikel.) 2. Aus den erythematösen Formen bilden sich hier und da papulöse Exantheme aus. 3. Um die Gelenke erscheinen auf geröteter und geschwellter Haut zahlreiche hirsen- bis linsengroße, mit serösem Inhalte gefüllte Bläschen. 4. Hämorrhagien mit oder ohne Erythem. 5. Urtikaria, bullöse und pemphigusartige Formen. Als Begleiterscheinung tritt fast immer heftiges Jucken und Brennen auf. Lewin hat noch auf eine Eigentümlichkeit hingewiesen, nämlich daß die Haut der Kranken nach Einnehmen des C. B. den Geruch nach flüchtigen Terpenen exhaliert, und meint, daß diese Stoffe als örtliche Ursache der Hautreizungen und Exantheme anzusehen wären.

B. C. wird trotz der neuen balsamischen Mittel immer noch häufig bei Behandlung der Gonorrhöe angewendet. In unserem Garnisonspitale wird nachfolgende Emulsion zweimal täglich je zwei Löffel verabreicht: Rp. B. C., Sacch. āā 100,0, Aq. destill. 500,0. Bisher stellte sich nur eine verschwindend kleine Zahl von Exanthemen nach dieser Medikation ein, und zwar als morbilli- oder skarlatiniforme Ausschläge; höchst selten waren sie mit hohem Fieber begleitet, und nur zeitweise wurden geringe Temperaturerhöhungen verzeichnet. Eiweiß im Urin konnte in keinem Falle nachgewiesen werden.

In diesem Jahre dagegen wurden wir durch das Auftreten eines selten sich zeigenden Purpuraexanthems nach Gebrauch von C. B. überrascht

Digitized by Google

Es handelte sich um einen 24jährigen Sappeur E. C., der zum erstenmal im Februar 1913 eine akute vordere Gonorrhöe akquirierte; aus der Urethra reichlich eitriges Sekret, Leistendrüsen links bohnengroß, etwas schmerzhaft. Fünf Tage nach Verabreichung des Balsams (zweimal täglich zwei Löffel) bemerkte man vorwiegend in beiden Ellenbeugen, um die Achselhöhlenfalten, in beiden Flanken, in den unteren Bauchpartien, auf den Innenflächen beider Oberschenkel, um die Knie- und die Malleolargegend die Haut stark, fast diffus, gerötet, mit zahlreichen zusammengedrängten hirsekorn- bis stecknadelkopfgroßen Hämorrhagien, unregelmäßig besät. Schleimhäute frei. Temperatur 37,5—38,1° C in den ersten zwei Tagen; kein Eiweiß, kein Zucker, kein Indikan, kein Blut im Urin; kein Erbrechen, keine Magen-Darmstörungen; Blutbefund normal. Vier Tage später schwand vom Ober- gegen den Unterkörper zu allmählich die Rötung. Nach den Petechien blieben nach 6—8 Tagen gelbbraune Pigmentationen zurück, Juckreiz, Brennen waren hauptsächlich die ersten drei Tage vorhanden. Aus der Anamnese des Kranken ist von Wichtigkeit hervorzuheben, daß er öfters an längerdauerndem Nasenbluten leidet und selbst bei kleinen Schnittwunden intensiv und lange blutet.

Um die Möglichkeit eines Rezidivs des Exanthems konstatieren zu können, wurde nach Einwilligung des Kranken die Kur mit Bals. Cop. wiederholt, doch ist es weder nach diesem Balsam noch nach Gonosan, Gonoktein, Arrheol, Salolsantal und Trisantal gelungen, ein Erythem oder Hämorrhagien neuerdings hervorzurufen.

Die Hämorrhagien der Haut charakterisieren sich anatomisch durch die reine Blutung. Sack, Unna, Kromayer wiesen histologisch nach, daß die Blutungen zumeist durch Rhexis der Gefäße zustande kommen; man findet sie dann an der Grenze der Kutis und Subkutis. Auf dieselbe Art können die Blutungen in der Pars papillaris entstehen; hämorrhagischer Dermographismus wird durch Rhexis erklärt. Blutungen per diapedesin können wohl auch erfolgen. In der größten Zahl der Fälle spricht aber das rasche und scharf umschriebene Auftreten von denselben für eine Gefäßzerreißung. Eine abnorme Zerreißlichkeit oder Durchlässigkeit der Kapillaren spielt hier die Hauptrolle. Kogerer hat anatomische Veränderungen, und zwar Schwellung und Wucherung der Endothelien, nachgewiesen. Die Blutungen erfolgen am häufigsten in die Kutis, wobei in der Pars papillaris eine scharfe Kontur zu sehen ist, während bei subkutanen Blutungen eine ungenaue Begrenzung Platz greift. Rocaz unterscheidet 1. die sekundäre Purpura, welche im Verlaufe von Infektionskrankheiten beobachtet wird; 2. die primäre Purpura. Die einzelnen Varietäten, wie Morbus Werlhofii, Purpura rheumatica usw., will Rocaz nicht gelten lassen, sondern betrachtet sie als Varietäten eines im allgemeinen ähnlichen Symptomenkomplexes infektiösen Charakters. Mikroorganismen bestimmter Art als Erreger anzunehmen, wäre verfehlt, da verschiedene pathogene Bakterien und deren Toxine die Erscheinungen einer Purpura hervorrufen können. Leloir teilt die Purpuraformen der verschiedenen Ätiologie nach A. in Purpura, bedingt durch Veränderungen der Gefäße, und zwar 1. durch Störungen der kapillaren Zirkulation, 2. in die teleangiektatische Purpura nach Cornil, Purpura durch Veränderung der

Digitized by Google

Gefäßwände; B. Purpura durch Alteration des Blutes, und zwar: 1. durch größere Flüssigkeit des Blutes, 2. durch vaskuläre Thromben oder Embolie bei septischen Krankheiten; C. Purpura, deren Entstehung sich nicht in obiges Schema einteilen läßt, die sogenannte Purpura nervosa. Török gibt ganz offen zu, daß es nach den jetzigen Kenntnissen unmöglich sei, klinisch, anatomisch oder ätiologisch alle Purpuraarten streng zu differenzieren. Aus der großen Zahl hierher gehörender Affektionen sind als klinisch genauer charakterisierte Varietäten nur Skorbut und Hämophilie auszunehmen; alle übrigen Formen kann man höchstens in gut- oder bösartig verlaufende scheiden. In allen Fällen dürfte die Ursache zu suchen sein in einer Schädlichkeit, welche auf dem Blutwege die Gefäße angreift. In Betracht kommen hier sowohl Infektionserreger als auch toxische Substanzen, die in gleicher Weise zu Hämorrhagien Veranlassung geben können, und es ist für die Beurteilung des Verlaufes und die Behandlung wichtig, in jedem einzelnen Falle die Ursache, soweit es möglich, festzustellen. Bérard und Roubier schließen sich der Klassifikation (Thibierge) in primäre und sekundäre Purpuraformen an, von denen erstere, je nach Art der Purpuraflecke, Vorhandensein oder Fehlen innerer Blutungen, in Purpura exanthematica oder traumatica (Toxämie), in Purpura infectiosa haemorrhagica (Hlava Ceci) und in Purpura ecchymotica (Morbus Werlhofii) eingeteilt wird. Die sekundären Formen zerfallen in Erkrankungen lokalen, mechanischen oder allgemeinen (nervösen, toxischen, infektiösen oder vaskulären) Ursprunges. Was die Pathogenese der Purpura anbetrifft, behaupten beide Verfasser, daß die in den bestehenden Theorien betonten Momente (Veränderungen des Blutes, der Gefäße, Infektionen, Störungen des Nervensystems) allein nicht für sich ausreichen, die Entstehung der Purpuraerkrankungen zu erklären; darum schließen sie sich der von Grenet auf Grund experimentaler Untersuchungen aufgestellten Theorie an, wonach eine Leberstörung, eine nervöse Störung und eine lokale auf das Nervensystem einwirkende Intoxikation zur Auslösung der Purpura gehören. Wie gerade erwähnt, bemühte sich Grenet, auf experimentellem Wege der Pathogenese der Purpura näher zu treten, und er dürfte auch der erste gewesen sein, dem es gelungen ist, eine im strengen Sinne experimentelle Purpura zu demonstrieren. Zu diesem Zwecke ließ er bei jedem von seinen vier Versuchskaninchen drei Momente, nämlich eine Leberstörung, eine Nervenalteration und eine Intoxikation, zusammenwirken. Die Leberstörung (deren Zweck die Herbeiführung einer geeigneten Blutveränderung war) erreichte er durch eine temporäre Ligatur des Leberstieles. Hatte das Tier sich erholt, so wurde das Blut eines hämophilen oder das Blut eines krank gemachten Versuchstieres in einer Mischung in Alkoholäther und Glyzerin in das Lumbalmark

Digitized by Google

injiziert, worauf schlaffe Paraplegie der hinteren Extremitäten eintrat. Nach einigen Tagen kamen in wechselnder Zahl, meist in symmetrischer Anordnung, zunächst vereinzelt, dann auch in kleinen Gruppen, an den Innenflächen der Hinterbeine, zum Teil auch auf dem Abdomen hämorrhagische Effloreszenzen zum Vorscheine, die denen bei Menschen beobachteten vollkommen entsprachen und die Form teils kleiner, teils größerer Ekchymosen hatten; stellenweise bildeten sich sogar kleine gangränöse Hautstellen aus. Die inneren Organe waren frei von Extravasaten. Wurde die Ligatur fortgelassen oder die Injektion subkutan resp. ohne Blutzusatz ausgeführt, so kam es zu keinen Purpuraerscheinungen.

An einer Reihe von Tierversuchen trachtete Winternitz die Wirkung der Balsamika im allgemeinen zu erläutern. Er konnte experimentell feststellen, daß die Balsamika bei kleinen Tieren (Kalt- und Warmblütern) toxische, oft letale Wirkungen hervorrufen. Eine sichere Erklärung für den Tod der warmblütigen Tiere konnte nicht gegeben werden. Die bei Tieren nach medikamentöser Verabreichung sich einstellenden Vergiftungserscheinungen kommen in höherem Grade vor als dies beim Menschen der Fall ist. Die sich bei einzelnen Personen als Appetitsstörungen und Darmverstimmungen geltend machenden Magen-Darmkatarrhe treten im Tierexperimente als völliges Aufhören der Freßlust, welche schließlich bis zur tödlichen Inanition führen kann, auf. Erscheinungen von seiten der Nieren, und zwar geringe Eiweißausscheidung und Auftreten von etwas Blut im Urin, wurden sowohl beim Menschen als auch beim Tiere beobachtet.

Die beim Menschen zeitweise durch Genuß von Balsamizis entstehenden Exantheme konnten jedoch an der Haut der Versuchstiere nicht wahrgenommen werden. Die diuretische Wirkung der Balsamika und ihr günstiger Einfluß in der Therapie ist zweifellos. Als nicht absolut sicher, aber als sehr wahrscheinlich ergibt sich ein günstiger, direkter Einfluß der Balsamika auf den Verlauf der Entzündungserscheinungen, indem das entzündliche Exsudat schneller resorbiert, das Gewebe früher zur Norm zurückgeführt wird.

Kehren wir nun zu unserem Falle zurück. Wir glauben zu der Annahme berechtigt zu sein, daß die bei dem Kranken bestehende Neigung zu Blutungen zum großen Teile das Auftreten der Purpura nach Balsamgenuß begünstigte. Vielleicht ist zur Provokation des Ausschlages auch noch eine anderweitige Disposition, verbunden etwa mit gesteigerter Reizbarkeit der Haut, notwendig.

Bis heute ist die Frage nicht definitiv gelöst, ob nach Lewin allein flüchtige Terpene, oder nach den neuesten Forschungen von Tschirch andere Substanzen, die den eigentlichen Harzkörper, das sogenannte Reinharz begleiten und zu denen Gummi, Enzyme, Bitterstoffe, ätherische

Digitized by Google

Öle, Ölalkohole und Ölestere gehören, Exantheme hervorzubringen imstande seien. TSCHIRCH sagt: „Die Harzkörper sind eigentlich physiologisch indifferent, die Wirkung wird von den Beisubstanzen, bei dem Bals. Cop. von den ätherischen Ölen stammen können. In ihren allgemeinen chemischen Verhalten bestehen Kopaivabalsame aus Gemischen von ätherischen Ölen, Resenen, sogenannten Harzsäuren und geringen Mengen Bitterstoff. Diese Körper sind miteinander so innig gemischt, daß es nicht möglich ist, genaue Mengenverhältnisse zu bestimmen. Die ätherischen Öle machen jedenfalls stets den überwiegenden Hauptbestandteil aus, die indifferenten Harze kommen nur in geringer Menge vor. Ob die Harze antiseptisch sind oder nicht, hängt wohl auch von den Beisubstanzen, besonders den ätherischen Ölen ab. Die reinen Harzkörper dürften nicht antiseptisch wirken. MAYER hält die Harze überhaupt für nicht antiseptisch, denn er sah in flüssigem Harze Keime wachsen."

Es differieren deshalb, wie wir sehen, nicht nur die Angaben betreffs der vorerwähnten Fragen, sondern es sind auch die Anschauungen über den Weg und die Örtlichkeit der Wirkungen der eingeführten Stoffe geteilt.

Deshalb sei uns die Frage erlaubt: Sind es fertige, im Medikamente bereits vorhandene Körper, welche die Kapillaren der Haut und deren Adnexe treffen, oder solche Gifte, welche erst in den Drüsen nach verschiedenen Resorptionsmodalitäten sich ausbilden und welche von hier diffundieren und die Kapillaren angreifen? Können nicht die angeführten Beisubstanzen direkt oder vom Zentrum aus die Gefäßnerven reizen und den vasomotorischen Apparat aus dem Gleichgewicht bringen und Störung der Zirkulation und so das Exanthem hervorrufen? Sollte man nicht vielleicht durch progressive Ernährungsstörungen eine erhöhte Vulnerabilität der Gefäße, die zum Austritte der Blutkörperchen per diapedesim führen, in Erwägung ziehen? EHRMANN vertritt die Meinung, es werde mit dem kreisenden Blute das Gift in die Haut gebracht und wirke daselbst direkt. HEIM ist überzeugt, daß sich die Gifte in der Haut ansammeln und hier eine direkte Reizung hervorbringen, sobald die Haut als Ausscheidungsorgan, welche zur Entgiftung des Körpers beiträgt, nicht normal funktioniert. GARDINER, BARLOW usw. neigen der Ansicht zu, daß es sich um autotoxische Exanthemformen handle. KREIBICH, HELLER, SCHULTZ stützen durch ihre Versuche die Theorie über den nervösen Ursprung dieser Hauterscheinungen. BETTMANNS bekannter Fall illustriert zutreffend die Exanthementwicklung als eine vom Zentrum reflektorisch hergeleitete Affektion. Was unsern kranken Sappeur betrifft, müßte man auch das eventuelle Vorhandensein ana-

Digitized by Google

tomischer Veränderungen im Gefäßsystem in Betracht ziehen, ebenso können in der Innervation der Gefäße weitgehende Differenzen vorliegen. Die Erklärungsversuche über das Zustandekommen von Arzneiexanthemen sind überaus schwer, gewiß werden sie niemals durch eine einzelne Komponente der angeführten, möglichen, ursächlichen Momente erzeugt werden können, sondern es dürften ihrer mehrere zugleich im Spiele sein. Das Auftreten der Exantheme können auch individuelle und zufällige Momente begünstigen, nämlich die wechselnden chemischen Vorgänge im Verdauungsapparate, Zersetzungsprodukte, verschiedener Bakteriengehalt usw.

Gleichgültig ist wohl nicht für das Entstehen der betreffenden Hauterscheinungen, ob das Mittel in minimalen oder maximalen Gaben angewendet wurde; der Hauptsache nach muß nur eine bedingte, spezifische Disposition vorhanden gewesen sein. Die Symptome, welche nach Genuß von Bals. Cop. zeitweise auftreten, als Empfindlichkeitsreaktion aufzufassen und dem Mittel anaphylaktogene Eigenschaften zuzuschreiben, wäre wohl nicht begründet. Gegen diese Annahme spricht schon der Umstand, daß nach dem Verschwinden eines durch den Balsam verursachten Exanthems ein Rezidiv bei wiederholter Verabreichung des Mittels in der Regel nicht vorkommt.

Bei unserem Kranken hatte sich der Ausschlag nach dem Weitergebrauche des Mittels noch etwas mehr über den Körper ausgebreitet, und erst nach Aussetzen des Medikamentes schwand er bald; doch gibt es wieder Fälle, wo er trotzdem längere Zeit bestehen bleibt. In den anderen früher beobachteten Fällen, bei welchen ich im Laufe der Zeit einen Ausschlag nach Darreichung von Bals. Cop. wahrgenommen habe, ist dasselbe sofort oder bald nach Fortlassen des Mittels geschwunden.

In Kürze erlaube ich mir den histologischen Befund des Purpuraexanthems bei unserem Kranken anzuführen.

(Hautstückchen aus der rechten Flanke.) Die Hornschicht ist von normaler Beschaffenheit, hier und da findet man die Hornlamellen gelockert; die Körnerschicht ist ganz wenig entwickelt. Die Retezapfen sind stellenweise breiter, die Papillen flacher. In der basalen Stachelschicht sind sporadisch Mitosen, hier und da ein perinukleäres Ödem sowie eine geringe Verbreiterung der interepithelialen Saftspalten. Pigment sieht man nur in den unteren Partien der Basalschicht in normaler Menge. In der Kutis sind die Kapillaren des Papillarkörpers sowie der eigentlichen Kutis etwas erweitert; eine besondere Dilatation der Lymphgefäße und Lymphspalten konnte auch nicht konstatiert werden, nur Anzeichen eines mäßigen Ödems sind vorhanden. In der Kutis sind um die kleinen Gefäße und im Papillarkörper die Bindegewebszellen vermehrt mit größerem Kernreichtum als normalerweise. Um die Kapillaren ist eine Vermehrung und Vergrößerung der fixen Zellen, dazwischen

Digitized by Google

ausgetretene rote Blutkörperchen in kleinen Gruppen. Zwischen den Fasern des Bindegewebes stellenweise Schatten von roten Blutkörperchen und amorphe Schollen mit Hämosiderinkörnchen. Mikroorganismen in den Gefäßen (Gramfärbung), Thrombenbildung oder eine Läsion der Gefäßwände konnte nicht nachgewiesen werden. Weiße Blutkörperchen findet man nicht in größerer Anzahl, als in jeder normalen Haut. Zur Bildung von Plasmazellen kommt es selten, Mastzellen sieht man nirgends.

Die histologisch festgestellten Veränderungen erklären zwar das klinische Bild, aber sie geben keinen Aufschluß über die Ursache der Purpura nach Genuß des Kopaivbalsams.

Herrn Hofrat Prof. Dr. V. Janovský danke ich ergebenst für die Anregung zu dieser Arbeit und die zur Verfügung gestellte Literatur.

Literatur.

Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. — Tschirch, Die Harze und Harzbehälter. — v. Vogl, Lehrbuch der Arzneimittellehre. — v. Zumbusch, Die toxischen (Arznei-)Exantheme in Jesioneks prakt. Ergebn. a. d. Geb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. I. Jahrg.; daselbst ausführl. Literaturverzeichnis. — Ehrmann, in Mračeks Handbch., 1902, Bd. 1, m. Literaturangaben. — Bettmann, Berl. klin. Wochenschr., 1900, S. 22. — Török, Les purpuras. Journ. de mal. cut. et syph., 1900. — Winternitz, Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 65, H. 3. — Janovský, Nauka o nemocech vener. a přijičných. Část I. Sutcliffe, Hardy, Bernatzik, Purdon, Jaumes, Rocaz, Grenet, Béraud und Roubier, Mauriac, Paquet, Leloir, Pellacani, Referate in Virchows Jahresb. üb. d. Leistgn. u. Fortschr. i. d. ges. Med. J. 1868, 1871, 1874, 1884, 1889, 1897, 1900, 1904, 1905, 1907, 1911. — Finger, Blennorrhoe d. Sexualorg. — Kreibich, Hautkrankh. — Chodounský, Pharmakologie.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Mai 1913.

1. Untersuchungen über Vakzinetherapie nach Wright mit Staphylokokken und dem Mikrobacillus seborrhoicus, von R. Sabouraud und H. Noiré. Die Verfasser geben zuerst ausführliche Anweisungen zur Herstellung der Staphylokokkenvakzine. Sie legen Kulturen (Furunkel, Sykosis usw.) an und machen von diesen Tochterkulturen; nach 38 Stunden werden diese mit steriler Kochsalzlösung überschichtet. In 1—2 Stunden sind alle Kulturen in der Flüssigkeit aufgeschwemmt; hierauf wird zweimal zentrifugiert und der Bakterienklumpen gewogen. Die Verfasser haben durch zahlreiche Versuche festgestellt, daß 1 mg etwa 500 Millionen Staphylokokken enthält. Auf diese Weise wird dann eine Verdünnung von 1000 Millionen Staphylokokken auf 1 ccm Kochsalzlösung hergestellt. Die Vakzine wird erst mit Äther versetzt und nach dessen Entfernung durch eine Stunde bei 60° sterilisiert. Die Injektionen erfolgen subkutan wöchentlich von $^1/_2$ ccm bis 2 ccm steigend. Bei dieser Dosis wird geblieben, falls mehr als vier Injektionen notwendig sind. Die Einspritzungen werden gut vertragen; sie bewirken oft eine Schwellung an den befallenen Stellen. Die Resultate, die nach drei bis vier Injektionen erzielt werden, sind bei allen staphylogenen Affektionen ausgezeichnet; am

Digitized by Google

besten werden Furunkel beeinflußt. Verfasser haben auch Vakzine von dem Morokokkus angewandt, der sich auf den Hautschuppen befindet. Die Erfolge bei der seborrhoischen Pityriasis sind noch nicht eindeutig; auf tiefer liegende Affektionen (Follikulitiden usw.) wirkt die Vakzine nicht.

Die Verfasser haben sich auch mit dem Mikrobazillus der Seborrhoe befaßt; sie haben durch zahlreiche Versuche einen milchhaltigen Nährboden hergestellt, auf dem dieser Bazillus ausgezeichnet wächst. Doch darf er nur für zweite Kulturen verwendet werden, da sonst der Mikrobazillus vom Morokokkus überwuchert würde. Man macht deshalb die Ausgangskultur auf dem früheren Glyzerinagar und wartet, bis nach einem Monat der Morokokkus abgestorben ist. Die Versuche mit einer Mikrobazillenvakzine sind noch nicht abgeschlossen. Oft wirkt sie ausgezeichnet, oft nur in Kombination mit Morokokkenvakzine, oder auch sie versagt gänzlich.

2. Die oxydierende Kraft des Kochsalzes; seine Wirkung bei gewissen Dermatosen, von Pierre Brisson. In früheren Arbeiten konnte der Verfasser zeigen, daß Kochsalz den Schwefel oxydiert, sowie daß es als Aneroxydase wirkt, d. h. Peroxyde reduziert und Sauerstoff freimacht. Verfasser hat nun diese Eigenschaften des Kochsalzes weiter verfolgt und zahlreiche Versuche mit Haut, sowie mit dermatologischen Heilmitteln angestellt. Er fand, daß die Eigenschaft, Peroxyde zu zersetzen, durch Säuren und neutrale Salze gesteigert, durch Basen, alkalische Salze und neutrale alkalische Erden gehindert oder aufgehoben wird. Da die Haut kochsalzarm ist und neutral reagiert, so kann in ihr der Schwefel nicht oxydiert werden, sondern er wird reduziert und bildet Keratin. Wird die kochsalzhaltige Sekretion der Haut sehr stark und die Reaktion der Epidermis sauer, so wird der Schwefel zersetzt. Es dürften dann wohl in der Haut dieselben Vorgänge sich abspielen, wie sie Verfasser in vitro gesehen hat: fehlende Koagulation, Erweichung der Epidermis, fehlende Reduktion, mangelhafte Vulkanisation des Keratins und Auftreten von Nässen. Vielleicht lassen sich auf diese Weise Pemphigus und nässendes Ekzem erklären. Es ist ersichtlich, daß eine alkalinisierende Medikation mit Wismuth-Zink-Quecksilbersalzen usw. die Säuren der Sekrete neutralisiert und die oxydierende Wirkung des Kochsalzes verhindert.

3. Warum soll man Paralytiker behandeln? Von Ch. Audry. Nach der Ansicht des Verfassers ist die Paralyse eine durch Spirochäten bedingte Enzephalitis, deren Anfang in die ersten Wochen nach der Infektion fällt. Diese Enzephalitis kann völlig ausheilen, ohne Erscheinungen gemacht zu haben. Oder es haben sich einzelne Symptome gezeigt, die aber durch eine spezifische Behandlung beseitigt wurden; zu Unrecht sprach man dann von einer Pseudoparalyse. Verfasser ist dafür, daß jeder Paralytiker, bei dem der geistige Verfall noch nicht zu stark ausgesprochen ist, einer spezifischen Kur unterzogen werden solle. Die Mittel der Wahl sind Salvarsan und Neosalvarsan, doch sind sie durch energische Einreibungskuren zu unterstützen.

4. Versuche mit Autohämotherapie bei einigen Dermatosen, von Paul Ravaut. Um die komplizierenden Manipulationen und die Gefahr der Infektion bei der Auto- oder Heteroserotherapie zu vermeiden, wendet Verfasser folgendes Verfahren an. Er entnimmt 15—25 ccm Blut aus einer Vene und injiziert es sofort intraglutaeal oder unter die Bauchhaut. Auf diese Weise hat er sehr gute Erfolge bei chronischer exfoliativer Dermatitis, Ekzem und Lichen gehabt; es schwand nicht nur der Juckreiz, sondern es wurden auch die Hauterscheinungen fast völlig beseitigt. Bei anderen Dermatosen zeigte sich keine oder nur mäßige Wirkung; meist betraf sie nur den Pruritus. Ravaut meint, daß durch die Injektion des Blutes der Organismus zu einer lebhaften allgemeinen resorbierenden Tätigkeit angeregt würde.

Digitized by Google

Juni 1913.

1. Die artefiziellen Eruptionen durch rohen Steinkohlenteer, von L. Brocq. Roher Steinkohlenteer ist das beste Mittel, um nässende Ekzeme zum Eintrocknen zu bringen. Doch ist bei seiner Anwendung eine gewisse Vorsicht am Platze, da er bei disponierten Individuen zu Unzuträglichkeiten führen kann. Als Beispiel führt er einen 37jährigen Mann an, der wegen eines ausgebreiteten Ekzems mit rohem Steinkohlenteer behandelt wurde. Am zweiten Tage nach dessen Anwendung bekam der Patient nußgroße Blasen, die platzten und verhältnismäßig lange zur Heilung brauchten. Durch eine ganz schwache Teerzinkpaste wurden dieselben Erscheinungen hervorgerufen. Diese blasige Form ist die charakteristischste der Dermatosen nach Steinkohlenteer; es treten kleine agglomerierte Bläschen oder auch große pemphigusähnliche Blasen auf. Die Wand ist fest, der Inhalt gelblich. Oft nimmt die Heilung lange Zeit in Anspruch. Außer den Blasen kann auch eine diffuse intensive Rötung hervorgerufen werden, für die eine dunkle Färbung charakteristisch ist. Deshalb soll man bei Anwendung von Steinkohlenteer vorsichtig sein, soll im Anfang nicht zu große Körperflächen damit bestreichen und soll die Applikation nicht zu oft wiederholen.

2. Multiple Hauttumoren von sarkoidem Typus, von J. Brault und R. Argaud. Ein 80jähriger Mann hatte seit einem Jahre das Auftreten von Tumoren am linken Bein bemerkt. Diese saßen auf der Fußsohle, unter den Zehen, am Knie und am Schenkel; die kleinsten bildeten leichte, bräunliche Erhebungen unter der Epidermis, die älteren waren bis nußgroß, leicht gestielt und hatten einen Epidermissaum. Einige saßen auf einer erweichten, gelblichen Basis. Die Tumoren wurden operativ entfernt; auf dem Durchschnitte hatten sie Hohlräume. Histologisch war die Epidermis stellenweise verdickt, stellenweise durch die Kutis komprimiert, die Retezapfen abgeflacht; die Zellen in nach oben abnehmendem Maße alteriert. Stellenweise durch Degeneration entstandene Hohlräume mit Fibrinfasern. In der Kutis eine kolossale Anhäufung von Spindelzellen, die in Zügen angeordnet waren. Sie erweckten den Eindruck eines Sarkoms, erwiesen sich aber als Bindegewebszellen.

3. Ein Fall von Orientbeule (Gafsaknoten), von L. Ufferte und J. Pellier. Der eine der Verfasser mußte als Militärarzt einem Garnisonwechsel in Afrika beiwohnen, wobei es zu einem zweitägigen Aufenthalt in Gafsa kam. Nach 14 Tagen bemerkte er auf den Handrücken je einen hirsekorn-, bzw. linsengroßen, flachen, scharf begrenzten, leicht papillären Tumor. Sie waren schmerz- und reaktionslos. Durch Ätzungen konnten sie nicht entfernt werden. Der Knoten auf der linken Hand verwandelte sich in einen roten glänzenden Tumor, der auf der rechten in ein torpides Ulkus. Die Ulzeration war klein und seicht mit einer kleinen Kruste bedeckt und saß einer 50 Centimesstück großen roten, derben Basis. Alle therapeutischen Versuche, inkl. Radiotherapie, blieben erfolglos. Erst nach sieben Monaten wurde von Audry die Diagnose auf Leichentuberkel oder Orientbeule gestellt. Die mikroskopische Untersuchung verifizierte die letztere. Im Abstriche fanden sich die bekannten runden oder ovalen Körperchen mit Kern und Zentrosoma als Zelleinschlüsse. Histologisch zeigte sich die Epidermis im Zustande der Akanthose, das Rete war homogen, die Kernhöhlen dilatiert und zwar nahm die Alteration nach oben zu. Die obersten Reteschichten von Vakuolen durchsetzt. Die Kutis war von einem dichten, aus Epitheloid- und Plasmazellen bestehenden Infiltrate eingenommen. Ferner fanden sich auch die ovalen, mit Eosin stark gefärbten Körper, die durch Zelldegeneration entstanden sind.

4. Glykosurie im Verlaufe sekundärer Syphilis, von Henri Malherbe-Nantes. Ein früher gesunder Mann begann plötzlich abzumagern, die Kräfte schwanden, die Urinmenge stieg, und er litt an quälendem Durst; im Harne fanden sich 5‰ Zucker.

Digitized by Google

Trotz strenger Diabetesdiät keine Besserung. Später wurde er von einem Exanthem befallen, das sich als ein großmakulo-papulöses Rezidivexanthem erwies. Durch eine Quecksilber-Jodkur wurde in drei Wochen die Glykosurie, in sechs Wochen das Syphilid beseitigt.

Juli 1913.

1. Kongenitale familiäre Dermatose mit progressiven trophischen und chronischen ulzero-vegetierenden Läsionen, mit pemphigoidem Beginne und mit Nagelveränderungen. Varietät des dystrophischen kongenitalen Pemphigus, von J. Nicolas, H. Moutot und L. Charlet. Die Verfasser beobachteten in einer gesunden Familie mit acht Kindern am zweiten, sechsten und siebenten dieselben chronischen Veränderungen eigentümlicher Natur. Die Affektion beginnt im Gesichte mit Blasen oder mit papulo-vesikulösen Effloreszenzen; diese bestehen verschieden lange Zeit lokalisiert, doch kommt es stets zu einem generalisierten Ausbruche auf der Haut und der Schleimhaut. Die Primäreffloreszenzen ulzerieren rasch; sie verheilen ohne eine Spur zu hinterlassen, oder sie bilden eine flache Narbe, oder die Ulzeration bleibt bestehen, vergrößert sich bis zu einem gewissen Maße und wird dann vegetierend, ohne Heilungstendenz zu zeigen. Im ausgebildeten Krankheitsstadium sitzen die Herde im Gesicht, auf den Ohren, den Schultern und Oberextremitäten; außerdem finden sich nur wenige verstreute Elemente. Oft ist Symmetrie deutlich ausgesprochen. Die Ulzerationen sind von verschiedenster Größe und mit schwärzlichen, oft geschichteten, festhaftenden Krusten bedeckt. Unter ihnen findet sich eine zentrale Ulzeration und ein peripherer Narbensaum. Die Ulzeration ist seicht, erhaben, erscheint aus kleinen Granulationen zusammengesetzt und blutet sehr leicht; der Narbensaum ist schmal, weißlich, gegen das Gesunde unscharf begrenzt. Es besteht keine basale Infiltration oder Induration, der Herd ist verschieblich, es besteht keine narbige Retraktion. Die Alterationen der Finger- und Zehennägel treten frühzeitig auf. Die Nägel sind weniger entwickelt als normal oder fehlen ganz, zeigen Leukonychie, sind gewölbt. Der fixe Teil hat Rinnen, der freie Teil ist leicht zerbrechlich und krümmt sich gegen den Finger. Unter ihnen befindet sich eine dicke, leicht zerbröckelnde hyperkeratotische Masse. Die Umgebung des Nagels ist gerötet oder ulzeriert. Die Kinder leiden an erschwerter Atmung, offenbar infolge von narbigen Strikturen nach den gleichen Läsionen der Luftwege. Die Mundschleimhaut ist geschwollen. Der Allgemeinzustand ist nur bei einem Kinde gestört. Alle Laboratoriumsuntersuchungen und alle therapeutischen Versuche blieben resultatlos. Histologisch war die Epidermis akanthotisch, am Beginn der Ulzeration scharf abgebrochen. Die Kutis zeigt ein dichtes Infiltrat, das sich in Zügen nach unten fortsetzt; nach unten zu wird das Infiltrat immer reicher an Plasmazellen, die oft Degenerationszeichen haben. Die Gefäße sind erweitert, von Zellmänteln umgeben.

Das kongenitale, familiäre Auftreten der Affektion, ihr bullöser Beginn, sowie die Nagelveränderungen nähern das Leiden dem kongenitalen, dystrophischen Pemphigus. Aber das Auftreten und Persistieren der Ulzerationen gibt dem Prozesse ein eigenes Gepräge, so daß er als neue klinische Varietät des kongenitalen Pemphigus aufgefaßt werden muß.

2. Morphea guttata und „white-spot disease", von G. Peters. Verfasser beobachtete eine 25jährige tuberkulös belastete Frau, die seit $1^1/_2$ Jahren das Auftreten von weißen Flecken auf dem Halse, der Brust, dem Nacken und der Interskapulargegend bemerkte. Die Affektion beginnt mit einem bräunlichen, hornigen Pünktchen, das allmählich wächst, blässer wird und schließlich einen stecknadelkopfgroßen weißen Fleck mit leicht erhabenen Rändern und etwas deprimiertem Zentrum bildet, der auf Zutasten trocken und derb erscheint. Besonders auffallend und charakteristisch ist die weiße, porzellanartige Farbe; um den Fleck zieht sich ein feiner bläulichroter Saum. Die um-

Digitized by Google

gebende Haut ist normal. Die Herde wachsen langsam bis zu Linsen- und Zwanzigcentimesstückgröße, behalten aber ihr Aussehen im allgemeinen bei; der periphere Saum wird lilafarben, bei älteren Effloreszenzen braun. Manche Flecken wachsen bis zur gegenseitigen Berührung. Tritt Heilung ein, so bleibt ein glatter, weicher, weißer, atrophischer Fleck zurück. Die Summe der klinischen Erscheinungen und der histologische Befund führten zur Diagnose: zirkumskripte Sklerodermie. Diese Affektion kann leicht mit dem Lichen sclerosus atrophicus verwechselt werden; Verfasser stellt daher die wichtigen differentialdiagnostischen Merkmale zusammen. Im weiteren bespricht der Verfasser die in der Literatur niedergelegten Fälle von zirkumskripter Sklerodermie und von „Weißfleckenkrankheit" mit den histologischen Befunden und kommt zu dem Schlusse, daß die meisten Fälle von „white-spot disease" nichts weiter als umschriebene Sklerodermien sind. Diese Affektion scheint sich am häufigsten bei tuberkulösen oder tuberkulös belasteten Personen zu entwickeln.

3. Nährboden für eine leichte Gonokokkenkultur, von R. Sabouraud und H. Noiré. Ein Liter Milch wird 5 Minuten gekocht, das Kasein durch 2 ccm Salzsäure gefällt und dann abfiltriert. Die Flüssigkeit wird mit der halben Menge Wassers verdünnt, neutralisiert, 10 Minuten bei 120° sterilisiert und ihr dann 1% Pepton, 1% Glykose, 0,3% Harnstoff und 1,6% Agar zugesetzt. Nochmalige Filtrierung und Sterilisierung. Auf diesem Nährboden wächst der Gonokokkus sehr üppig in Form von runden, opaleszierenden Kulturen. Nach 48° verliert er die Kaffeebohnenform und wird unregelmäßig. Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Mai 1913.

1. Phagedänischer Schanker des Zahnfleisches, von Chompret. Ein 45jähr. Patient bemerkte vor fünf Wochen eine kleine Ulzeration über den linken Schneidezähnen. Diese vergrößerte sich in die Breite und Tiefe, und bei der Aufnahme fand sich in der Größe eines Frankstückes der Knochen bloßliegend, nekrotisch, von gerölltem, schmierig belegtem, derbem Zahnfleische umgeben. Nach Ausschließung aller anderer Möglichkeiten kam Verfasser auf die Diagnose eines phagedänischen Schankers. Wassermann war positiv, im Geschwüre befanden sich Spirochäten (? D. Ref.). Später trat am Rücken ein papulokrustöses Syphilid auf.

2. Syphilitischer Schanker des Zahnfleisches, von Georges Thibierge. Der 74jähr. Patient hat über den rechten oberen Schneidezähnen einen halbkreisförmigen dunkelroten oder graugefärbten Substanzverlust. Mächtige Schwellung der rechtsseitigen Submaxillardrüsen, Roseola.

3. Ein Fall von Arteriitis syphilitica der Fingerkollateralen, durch Quecksilber geheilt, von G. Caussade und Georges Lévy-Franckel. Ein 50jähr. Mann bekam nach einem Traume Ameisenlaufen im rechten Zeigefinger; dazu gesellten sich heftige, nachts exazerbierende Schmerzen, der Finger schwoll an, die Haut löste sich ab, und die Endphalange wurde schwarz. Auch der zweite und dritte Finger wurde befallen. Bei der Aufnahme fand sich die Pulpa des Zeigefingers schwarz, weich und feucht; der dritte Finger war nur braun verfärbt, der Ringfinger zeigte nur eine umschriebene Gangrän. Die genaue Untersuchung konnte Syringomyelie und Raynaudsche Krankheit ausschließen und machte die Diagnose einer syphilitischen Arteriitis wahrscheinlich. Der Wassermann war positiv. Durch eine Quecksilberbehandlung mittels Liquor van Swieten wurde der gangränöse Teil des Zeigefingers zur Abstoßung gebracht, und der Finger heilte mit geringer Diformität aus. Die beiden anderen Finger

Digitized by Google

wurden wieder normal. An diesem Falle ist bemerkenswert, daß der Prozeß bloß die kleinen Fingerarterien betraf und daß er durch ein Trauma ausgelöst wurde.

4. Erythema induratum bei einer Myxödematösen. Erythema induratum pseudopurpuricum; von G. THIBIERGE und E. MARCORELLES. Der erste Fall betrifft eine 26jähr. seit Kindheit myxödematöse Frau, die auf den Unterextremitäten verschieden große Plaques und Knoten hat, welche leicht eleviert, intensiv rot, leicht livid verfärbt sind und auf Druck bis auf eine geringe Bräunung völlig verschwinden. Sie sind scharf umschrieben und derb. Auf den Armen befinden sich ähnliche Knoten, die etwas tiefer liegen und von einer lilafarbenen Haut bedeckt sind. Im Zentrum eines histologischen Schnittes fand sich ein von Epitheloidzellen und Lymphozyten umgebener Haufen von Riesenzellen. Durch Behandlung mit SPENGLER-Serum bedeutende Besserung. Im zweiten Falle handelt es sich um eine gleichaltrige Patientin, die auf den Beinen große, kaum elevierte, etwas verdickte Herde hatte, die tiefrot, wie hämorrhagisch, aussahen, aber auf Druck völlig verschwanden. Histologisch zeigten sich in der Kutis die Kapillaren enorm dilatiert — an der Grenze zwischen Kutis und Subkutis ein nekrotischer Herd, keine Riesen- oder Epitheloidzellen. Besserung durch Bettruhe.

5. Skrofulo-tuberkulöse Halslymphdrüsenschwellung, Erythema nodosum und Lichen scrophulosorum, von F. BALZER und LANDESMANN. Ein 13jähr. Mädchen, das an einem Rezidiv skrofulöser vereiternder Halsdrüsen litt, bekam auf der Vorderseite der Unterschenkel elevierte, runde, hellrote, derbe, dolente Knoten. Auf der Rückseite gelblichrote Herde, die aus kleinen, spitzigen, gelbgefärbten Knötchen bestehen. Diese Herde befinden sich ferner vereinzelt auf den Armen, dem Rücken, besonders dicht im Gesichte. Nach der Ansicht der Verfasser ist dies ein Fall, bei dem es schwer sein kann Erythema nodosum und Erythema induratum auseinander zu halten. Er spricht auch für die tuberkulöse Genese des Erythema nodosum.

6. Ätiologie und Prophylaxe der Lepra, von E. MARGHOUX. Da die Fragen bezüglich der Übertragung der Lepra am Menschen schwer zu studieren sind, zieht der Verfasser Analogien mit der Rattenlepra. Diese wird durch einen, dem HANSENschen Bazillus äußerst ähnlichen Organismus hervorgerufen und hat eine lange Inkubation und einen langsamen Verlauf. Die Bazillen sind in den Wanderzellen enthalten, häufen sich in der Haut an und bewirken dort große Knoten sowie Haarverlust. Sie dringen in die Nervenscheiden ein, komprimieren die Nervenfasern und rufen motorische und trophische Störungen (Ulzerationen) hervor. Sie können auch Kornealaffektionen erregen. Schließlich überschwemmen sie den ganzen Organismus.

Die experimentelle Untersuchung hat gezeigt, daß die Rattenlepra leicht übertragbar ist, daß die Bazillen nicht unter die Hant gebracht werden müssen, sondern schon auf eine Epidermisläsion gebracht zur Vermehrung gelangen. Bazillen im unlädierten Vorhautsacke können die Infektion bewirken. Die Bazillen sterben durch Eintrocknen ab. Bei der Infektion spielen Zwischenträger keine Rolle, sondern sie erfolgt nur durch direkten Kontakt. Bisse bilden die Eingangspforte. Die Erkrankung mit allen ausgesprochenen Symptomen ist sehr selten und kommt nur bei 6‰ der Pariser Ratten vor; es gibt aber eine abortive Form, die bei 5% der Ratten vorliegt. Diese Form betrifft die Lymphdrüsen und kann lange Zeit latent bleiben oder auch ausheilen. Günstige äußere Verhältnisse können die Heilung fördern.

Verfasser weist nun darauf hin, daß zahlreiche Fälle bekannt sind, die die Annahme einer außerordentlich leichten Übertragbarkeit der menschlichen Lepra nahelegen; andererseits kann aber fast nie ein Lepröser angeben, wo er sich angesteckt hat. Diese Diskrepanz kann nun sehr leicht durch die Annahme erklärt werden, daß es auch beim Menschen solche abortive Formen von Lepra gibt, die schwer zu erkennen sind

Digitized by Google

oder auch spontan ausheilen. Solche „formes frustes" sind allen Klinikern bekannt und durch die Seroreaktion ist es nunmehr möglich, diese latent Leprösen in viel größerer Zahl aufzudecken. Schlechte Ernährung usw. kann bei diesen die Lepra manifest werden lassen, günstige Verhältnisse zur Ausheilung bringen. Diese Leute bilden daher eine stete Gefahr für die Umgebung. Verfasser führt zum Schlusse aus, daß eine Gesetzgebung zur Lepraprophylaxe, ähnlich der norwegischen, in Frankreich notwendig sei. In der Diskussion führt Gougerot aus, daß das Verhältnis zwischen dem Bazillus der Menschen- und der Rattenlepra noch nicht geklärt werden könne.

7. Spirochaetae pallidae im Gehirne von Paralytikern, von Levaditi, Marie und Bankowski. Die Verfasser haben in acht Fällen von Paralyse jedesmal Spirochäten im Dunkelfelde oder im gefärbten Präparate nachweisen können. Am besten findet man sie in der Rinde der Rolandschen Furche. Bemerkenswert ist es, daß die Spirochäten am zahlreichsten bei Patienten gefunden wurden, die in einem Anfalle gestorben waren; vielleicht ist dieser durch einen Spirochätenschub bedingt. Milian weist auf den geringen Einfluß der antisyphilitischen Therapie hin. Vielleicht ist diese durch eine Resistenz der Spirochäten gegen Quecksilber und Arsen bedingt. Andrerseits gibt es aber viele Fälle, bei denen eine Kombination mit Tuberkulose besteht. Leredde bemerkt, daß die syphilitische Natur der progressiven Paralyse auch aus der Seroreaktion ersichtlich ist, da diese ebenso intensiv ist wie bei sekundärer Syphilis.

8. Tuberculosis verrucosa des Fußes und Oberschenkels, tuberkulöse Elefantiasis des Unterschenkels, von Gaucher, Gougerot und Audebert. Das Leiden am Fuße besteht seit 35 Jahren, das am Oberschenkel und die Elefantiasis seit acht Jahren.

9. Vitiligo und Syphilis, von Gaucher, Gougerot und Audebert. Ein Mann, der seit neun Jahren syphilitisch ist, leidet an Vitiligo und tertiären Syphiliden. Der Fall spricht den Verfassern für die syphilitische Ätiologie der Vitiligo.

10. Vorläufiger Bericht über die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen von Wasser von Bourboule mit oder ohne Neosalvarsan, von P. Gastou und Ferreyrolles. Das Wasser von Bourboule ist arsenhaltig, und es entsprechen sieben Liter 0,45 Neosalvarsan. Es kann allein oder mit Quecksilber mit gutem Erfolge bei Syphilis angewendet werden. Es bildet aber auch ein gutes Lösungsmittel für Neosalvarsan, das keine üblen Nebenwirkungen hervorruft.

11. Der Wert des Antigens von Desmoulière bei der Wassermannschen Reaktion, von Milian und Girauld. Die Verfasser haben in 364 Fällen das von Desmoulière angegebene Cholestearin-Antigen erprobt. Sie kommen zu dem Schlusse, daß dieses einen Fortschritt in der Praxis der Seroreaktion bedeute, da auch teilweise positive Resultate einen unzweifelhaften diagnostischen Wert haben. In Kombination mit der biologischen Reaktivierung gewinnt die Reaktion eine hervorragende Bedeutung, die der Originalmethode fast alle Unsicherheit nimmt. Desmoulière hebt hervor, daß sich sein Antigen besonders bei beginnender, bei behandelter und latenter, wie bei hereditärer Syphilis bewährt, da es oft positive Resultate gibt, wo die Originalmethode negativ ist.

12. Toxizität des Neosalvarsans, von Milian, Girauld und Duret. Die an Tierversuchen gewonnenen Resultate sind folgende: Der Grad der Giftigkeit von Neosalvarsan für Kaninchen kann nicht durch eine fixe Zahl angegeben werden; sie schwankt zwischen 0,14—0,4 pro kg Körpergewicht. Neosalvarsan ist also weniger giftig als Salvarsan. Die Menge des Lösungsmittels ist ebenfalls von Bedeutung. Mengen von etwa ein Drittel der Blutmenge erhöhen die Giftigkeit; kleine Mengen, ein Zehntel des Blutvolumens, sind sehr geeignet. Destilliertes Wasser erhöht ebenfalls die Toxizität, während

Digitized by Google

Kochsalz (4‰) ein ausgezeichnetes Lösungsmittel, besser als Zuckerlösung, ist. Der unerwartete Tod von Tieren lehrt auch, daß nicht alle Tiere gleichermaßen resistent sind. Die toxischen Dosen sind 15—30 mal so groß wie die therapeutischen.

Sitzung vom 5. Juni 1913.

1. Sklerosierende Radiodermitis des Gesichtes, mit der bio-kinetischen Methode behandelt, von Lucien Jacquet und Debat. Die 28jährige Patientin war vor acht Jahren wegen eines geringen Schnurrbartes von einem annoncierenden Spezialisten mit ca. 40 Röntgenbestrahlungen behandelt worden. Es stellten sich hierauf Ulzerationen ein, die sehr langsam heilten und schließlich zu keloidartigen Narben führten. Jede Therapie blieb vergeblich. Bei der Aufnahme war die untere Hälfte des Gesichtes narbig-weiß, von Teleangiektasien durchzogen, von Pigmentierungen durchsetzt. Sie war trocken, lackartig glänzend, gespannt, auf der Unterlage unverschieblich, atrophisch. Die Mundbewegungen waren frei. Die Verfasser unterwarfen sie ihrer biokinetischen Methode. Die Ernährung wurde geregelt, vorsichtige Massage angewendet und täglich Übungen mit den Gesichts- und Kopfmuskeln angestellt. Der Erfolg war sehr gut; der Kontrast zwischen den weißen und pigmentierten Partien wurde geringer, die Schmerzhaftigkeit schwand, und die Haut wurde weich.

2. Verschiedene Formen der Tuberkulose bei einer Hereditärsyphilitischen, von E. Gaucher und K. J. Weissenbach. Die 20jährige Patientin hat tuberkulöse Nacken- und Submaxillardrüsen, an den Beinen Erythema induratum, tuberkulöse Knötchen an den Fingern und chronischen, fibrösen Rheumatismus der Finger-, Hand- und Ellenbogengelenke. Die Gelenkerscheinungen traten mit 12 Jahren, die Hautläsionen mit 16 Jahren auf. Letztere erscheinen jedes Jahr im März und bestehen 5—6 Monate. Die Kranke hat außerdem spezifische Zahnveränderungen und schwachpositiven Wassermann. Durch entsprechende Allgemeinbehandlung und eine spezifische Kur bedeutende Besserung.

3. Familiärer kongenitaler Pemphigus mit Bildung von Epidermiszysten, von F. Balzer und Landesmann. Der Vater und die Halbschwester des kleinen Patienten wurden von Balzer bereits mit demselben Leiden vorgestellt. Das Kind leidet seit den ersten Lebensmonaten an dieser Affektion. Es treten Blasen auf, und es bilden sich dann große rote, unregelmäßige Entzündungsherde, die zur narbigen und atrophischen Ausheilung neigen; sie sitzen auf den hervorspringenden, Traumen ausgesetzten Körperstellen. In ihnen bilden sich dann stecknadelkopfgroße, weißliche Stellen, die sich beim Zutasten als erhaben erweisen; dies sind Epidermiszysten. Die Nägel sind alteriert und leicht brüchig.

4. Miliartuberkulose des Zahnfleisches und der Lippen, von J. Chompret. Ein 18jähriger Patient mit dem Zeichen einer ausgesprochenen Lungentuberkulose bekam plötzlich eine Ulzeration des Zahnfleisches, die aller Therapie trotzte. Es fand sich die Gegend von den rechten unteren Schneidezähnen bis zum ersten Backenzahn, bis auf den Boden des Vestibulums und übergreifend auf die Unterlippe tief gerötet, granuliert, stark infiltriert, durchsetzt von kleinen grauen Punkten und unregelmäßigen Geschwüren und von einem grauen Exsudate bedeckt. Die Affektion beginnt mit kleinen, grauen, durchscheinenden Punkten, die allmählich mehr gelb werden; sie platzen, bilden Ulzerationen und konfluieren. Es handelt sich um typische Miliartuberkulose.

5. Frühzeitige Arsenkeratose nach Hektin, von R. Burnier. Ein 50jähriger Mann erhielt wegen eines syphilitischen Primäraffektes 20 Spritzen à 0,2 Hektin. Da traten auf Händen und Füßen erythematöse Flecke auf, die sehr rasch keratotisch wurden. Nach Aussetzen des Arsens verschwanden sie wieder.

Digitized by Google

6. Heilwert von Neosalvarsan bei verschiedenen Tuberkuliden, von PAUL RAVAUT. Verfasser hat vier Kranke mit papulo-nekrotischen Tukerkuliden, Erythema induratum, Angiolupoid und Lichen scrophulosorum mit intravenösen Neolsalvarsaninjektionen behandelt und dabei bemerkenswerte Resultate erzielt. Hervorzuheben ist, daß bei einem Falle der WASSERMANN durch die Behandlung positiv wurde.

In der Diskussion wird verschiedentlich auf die Kombination von Syphilis und Tuberkulose sowie auf den manchmal günstigen Effekt spezifischer Kuren auf tuberkulöse Prozesse hingewiesen.

7. Ein schwerer Fall von Tabes mit Neosalvarsan behandelt, von LEREDDE. Verfasser hat eine Frau mit schwerer Tabes einer energischen Neosalvarsanbehandlung unterworfen, die aus acht Serien, in denen bis 4,6 verabreicht wurde, bestand. Der Effekt bestand darin, daß die enorm heruntergekommene Frau sich erholte und wieder arbeitsfähig wurde. Sie kann ohne Beschwerden gehen, tanzen, schreiben, während sie früher ohne Unterstützung nicht stehen konnte. Die kolossalen Schmerzen sind verschwunden. Die Mastdarmbeschwerden sind geringer, die der Blase dagegen noch nicht. Auch der Schlaf hat sich wieder eingestellt. Eine solche Veränderung kann nach Verfassers Ansicht kein Zufall sein, sondern muß auf die Therapie bezogen werden.

9. Mortalität an Syphilis in Paris 1910, von LEREDDE. Die Todestatistik für Paris weist im Jahre 1910 111 durch Syphilis bedingte Todosfälle auf. Verfasser weist aber darauf hin, daß in einer großen Zahl von Erkrankungen die Syphilis eine ätiologische Rolle spielen kann, ohne daß dies in der Statistik zum Ausdruck kommt. So kann die Syphilis in Betracht kommen: bei malignen Tumoren der Mundhöhle, Nervenleiden, Herzleiden, Gefäßerkrankungen, Leber-, Nieren- und Knochenleiden, sowie bei plötzlichen Todesfällen. Indem LEREDDE von den durch genannte Erkrankungen bedingten Todesfällen einen schätzungsweisen Prozentsatz nimmt und die Todesfälle an Tabes und Paralyse hinzurechnet, kommt er zu dem Schlusse, daß der Syphilis etwa 3—4000 Menschen jährlich in Paris zum Opfer fallen. Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 3, Nr. 5, 15. Mai 1913.

1. Anatomie und physiologische Pathologie der amyloiden Degeneration der Nieren bei Tuberkulösen, von E. RIST und M. LÉON-KINDBERG. Bei chronischer Lungentuberkulose befällt die amyloide Degeneration die Leber, Milz und Nebennieren vor der Niere. Man kann oft hochgradige Amyloidose dieser Organe finden, während in der Niere nur vereinzelte Stellen befallen sind. In diesem Stadium besteht, wenn nicht eine alte Nierenaffektion vorliegt, kein klinisches Symptom von Nephritis; nur Albuminurie und etwas Polyurie können die Aufmerksamkeit erregen. Die Untersuchung der Ausscheidungsverhältnisse läßt aber ein eigenartiges Syndrom erkennen. Die Harnstoffmenge im Serum ist sehr gering, die Chlormenge unter dem Normalen; aber die Ausscheidung von Chlor und Harnstoff sind genügend: die AMBARDsche Konstante ist also sehr erniedrigt. Kann in einem solchen Falle die histologische Untersuchung vorgenommen werden, so findet man eine eigenartige Hypertrophie der Zellen in den Rindenkanälchen. Diese scheint der histologische Ausdruck der erwähnten Hypersekretion zu sein. Mit Hilfe dieses Untersuchungsverfahrens kann es möglich sein, bei Tuberkulösen ein Nierenamyloid festzustellen, bevor die charakteristischen Symptome: starke Ödeme, massive Albuminurie und unstillbare Durchfälle auftreten.

2. Bedeutung des Schluchzens nach Operationen der Harnwege, von G. MARION. Durch Beobachtung mehrerer Fälle ist der Verfasser zu der Ansicht gekommen, daß

Digitized by Google

das Schluchzen nach urologischen Eingriffen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch eine Vergiftung mit Harnstoff bedingt ist. Bei allen Kranken fiel das Schluchzen mit einer bedeutenden Vermehrung des Harnstoffes im Blute zusammen. Daß Kranke nach Operationen an den Harnwegen öfter Schluchzen haben, hängt wohl damit zusammen, daß sie meist bereits geschädigte Nieren haben. Wahrscheinlich handelt es sich um eine rasch vorübergehende Nierenschädigung. Man soll deshalb angesichts eines Schluchzens nach einer Operation der Harnwege immer die Menge des Harnstoffes im Blute untersuchen, falls keine Peritonitis vorliegt. Die beste Therapie ist die Vermeidung jeder stickstoffhaltigen Nahrung. Man kann auch krampfstillende Mittel geben, die die Niere nicht schädigen, z. B. Valeriana.

3. Kongenitale Blasendivertikel mit kontraktiler Öffnung, von Leo Buerger. Verfasser behandelte einen Patienten mit einem Papillom in einem Blasendivertikel; so oft er zur Zerstörung des Papilloms Hochfrequenz anwandte, begann sich die Mündung des Divertikels zu verkleinern und schließlich ganz zu schließen. Durch wiederholte zystoskopische Beobachtungen hat Verfasser gefunden, daß kongenitale Blasendivertikel ein selbständiges Konkretionsvermögen haben, so daß sich die Mündung auf irgend einen Reiz der Wand hin verengert.

4. Verzögerte Heilung der Blase nach suprapubischer Prostatektomie, von L. Thévenot und J. Lacassagne. Verfasser haben mehrere Fälle beobachtet, in denen die Heilung der Blasenwunde nur langsame Fortschritte machte. Der Grund hierfür kann in der Blasenwunde selbst, in der Blase oder in der prostatischen Region liegen. An ersterer Stelle können Divertikel ein Hindernis bilden, doch ist dies selten. Häufiger kommen Blasensteine in Betracht. Am wichtigsten ist eine fehlerhafte Rekonstruktion der Urethra prostatica, wodurch ein Hindernis für den Urinstrahl entsteht. Die abgelöste Schleimhaut der Blase kann flottieren und eine förmliche Scheidewand bilden; die Urethra kann stenosiert oder durch mangelhafte Adaption verkrümmt und verzogen sein. Die letztgenannten Momente sind die häufigsten Ursachen einer mangelhaften Heilung der Blase. Man muß sie baldigst durch Urethroskopie, Katheterismus usw. feststellen; die Therapie muß meist operativ sein. Wichtiger ist es aber, bei der Prostatektomie durch Entfernung der überflüssigen Blasenschleimhaut, durch Vorsicht bei der Durchtrennung der Urethra, regelrechte Adaption usw. der Entstehung solcher Hindernisse vorzubeugen.

5. Thiosinamin bei undurchgängigen Strikturen der Harnröhre, von Lévy-Weissmann. Verfasser berichtet über zwei Fälle von absolut impermeabler Striktur; durch Thiosinamininjektionen wurde diese soweit gebracht, daß ein filiformes Bougie eingeführt und daran die übliche Dilatationsbehandlung angeschlossen werden konnte. Verfasser empfiehlt deshalb die Injektionen als ausgezeichnetes präparatorisches Verfahren. Die Injektionen waren schmerzlos und ohne üble Folgeerscheinungen. Die Dosis ist 0,2 durch 3—4 Tage.

6. Kongenitale Fistel der Harnröhre, von Uteau und Bassal. Ein Mann bemerkte im Verlaufe wiederholter Tripper fast stets das Auftreten eines Knotens an der Unterseite des Penis, der auf Druck Eiter in die Urethra oder nach außen entleerte. Dabei stets hohes Fieber. Der Knoten wurde schließlich exzidiert. Die histologische Untersuchung zeigte, daß er von einem Gange durchbohrt war, der mit Urethralschleimhaut ausgekleidet war. Es handelte sich also um eine infizierte Fistel.

7. Blutzyste und seröse Zyste der Niere, von Giuliani. Die Affektionen fanden sich bei Frauen am unteren Pole einer Niere. Partielle Nephrektomie ist in solchen Fällen die Methode der Wahl.

Digitized by Google

8. Die primären Tumoren des Nierenbeckens, von JACK MOCK. Die primären Nierenbeckentumoren entwickeln sich hauptsächlich vom Epithel; die übrigen unterschieden sich nicht von Nierensarkomen. Die epithelialen Geschwülste präsentieren sich als Papillome, sowie als papilläre oder nicht papilläre Epitheliome. Sie manifestieren sich durch Hämaturie, Schmerz und Geschwulstbildung; manchmal intermittierende Hämatonephrose. Festgelegt wird die Diagnose durch die Harnuntersuchung und die speziellen urologischen Methoden. Die wichtigste ist der Ureterenkatheterismus, da er Restharn aufdeckt, die Kapazität des Beckens messen läßt, provozierte Hämorrhagie hervorrufen kann und Aufschluß über die Ausscheidungsverhältnisse gibt. Operation der Wahl ist die Nephroureterektomie.

9. Der erste Tropfen, von JULES JANET. Wird der erste Tropfen einer Blennorrhoe unter tags bemerkt, soll der Kranke sofort, ohne zu urinieren, zum Arzte gehen; muß er urinieren, soll der Tropfen erst auf einem Glase oder einer Visitkarte aufgefangen werden. Ist es zu einer ärztlichen Konsultation zu spät, soll der Patient einige Tropfen einer 20%igen Protargollösung oder dergleichen in die Fossa navicularis deponieren. Kann der Kranke längere Zeit keinen Arzt aufsuchen, so soll er sich selbst mit Argyrol behandeln, falls er es kann; anderenfalls soll er Santal nehmen.

15. Juni 1913.

1. Staffelweise ansteigende Chlorretention bei einer Nephritis chronica, von F. WIDAL und R. J. WEISSENBACH. Die Versuche wurden an einem jungen Manne von 17 Jahren angestellt, der seit $1^1/_2$ Jahren an einer chronischen Nephritis mit starker Albuminurie, erhöhtem Blutdruck und Hypertrophie des linken Ventrikels litt. Wurde ihm zu seiner kochsalzarmen Diät eine gewisse Menge Kochsalz gegeben, so erfolgte in den nächsten 4—5 Tagen eine staffelweise ansteigende Chlorretention, die eine Wasserretention und dadurch bedingte Gewichtszunahme zur Folge hatte. Nach dieser Zeit stellte sich der Organismus auf die Diät ein, die Chlorausscheidung war gleich der Zufuhr, und das Gewicht blieb konstant. Eine weitere Erhöhung der Kochsalzmenge hatte dieselben Erscheinungen zur Folge. Wurde das Kochsalz ausgesetzt, so erfolgte starke Chlorausscheidung, und das Gewicht sank auf die Norm herab. Ein neuerlicher Versuch mit Chlorzufuhr ergab dieselben Resultate. Gleichzeitig mit der Chlorretention stieg die Albuminurie, sank etwas, nachdem der Organismus eingestellt war, kehrte aber erst nach Aussetzen des Kochsalzes auf den früheren Wert zurück. Der Blutdruck, die Viskosität des Blutes und der refraktometrische Index stiegen ebenfalls mit der Kochsalzzufuhr, hielten sich dann auf der Höhe und sanken erst bei kochsalzarmer Diät.

2. Chirurgische Indikationen bei chronischer Nephritis, von ALF. POUSSON. In Fällen von chronischer Nephritis, bei denen die interne Medikation versagt, kann durch einen chirurgischen Eingriff versucht werden, das Weiterschreiten des Prozesses auf die stets vorhandenen normalen Nierenpartien zu verhindern. Bei leichteren Fällen besteht der Eingriff in der Dekapsulation, bei schwereren in der Nephrotomie. Durch diese wird der intrarenale Druck herabgesetzt, der die normalen Teile sowie die Gefäße und Nerven komprimiert und schädigt. Ferner wird durch die starke Blutung der Organismus von den Giften befreit, die Blutdrucksteigerung wird geringer und entlastet das Herz. Man sieht auch meistens ein rapides Schwinden der gefahrdrohenden Symptome. Verfasser hat aus eigener Beobachtung und aus der Literatur 153 Fälle, bei denen wegen chronischer Nephritis operativ eingegangen worden war, zusammengestellt. 36 starben innerhalb von 20 Tagen, und zwar fällt die größte Zahl der Todesfälle auf oligurische Patienten mit Urämie und ohne Ödeme, die geringste auf Fälle bloß mit Ödemen. Ebenso geben die urämischen Fälle ungünstigere und weniger konstante Re-

Digitized by Google

sultate bezüglich der Besserung innerhalb einer kürzeren Frist. In bezug auf Spätresultate geben die rein urämischen Fälle die beste Prognose. Verfasser versucht darauf, aus den Beobachtungen die Indikationen und Kontraindikationen für die Operation abzuleiten. Oligurie ist strikte Indikation, während Albuminurie nicht zur Operation nötigt. Hautödeme und Aszites erfordern nicht den chirurgischen Eingriff, sind aber keine Kontraindikationen. Dagegen verbieten Ergüsse im Herzbeutel, in der Pleura und Lungenödeme mit Bronchitis die Operation. Symptome von seiten des Nervensystems werden wenig beeinflußt, wenn sie durch die Harnvergiftung, günstig dagegen, wenn sie durch Ödeme bedingt sind. Bei den Kranken mit urämischen Erscheinungen sind die Erfolge widersprechend; durch systematische Untersuchung der Harnstoffkonstante dürften aber wichtige Anhaltspunkte gewonnen werden. Myokarditis, Atheromatose der großen Gefäße und allgemeine Arteriosklerose verbieten die Operation ebenso wie niedriger Blutdruck infolge anatomischer Läsionen. Erhöhter Blutdruck und Hypertrophie des linken Ventrikels erfordern sie dagegen. Augenstörungen, die nur durch Vergiftungserscheinungen bedingt sind, können durch die Operation gebessert werden; tiefere Läsionen des Auges bedingen aber große Reserve.

3. Die Strikturen des Ureters, von M. Desnos. Es gibt Strikturen des Ureters, die auf ein von innen wirkendes Trauma zurückzuführen sind; meist wird dieses durch einen abgehenden Nierenstein gesetzt. Wenn dieser groß ist, macht er bei der Passage mehr weniger tiefe Einrisse in die Schleimhaut. Andererseits entstehen die Verengerungen durch infektiöse Prozesse, durch umschriebene Ureteritis. Auf beide Weise entstehen Narben, die das Lumen des Ureters verkleinern. Diese Strikturen haben keine pathognomonischen Symptome, sie bleiben lange Zeit verborgen, schließlich führen sie aber zur Urinretention mit allen ihren Folgen. Dabei kann aber schon eine verhältnismäßig geringe Striktur sehr schwere Retentionserscheinungen hervorrufen. Die sichere Diagnose erfolgt durch den Ureterenkatheterismus, und zwar am besten mit einer Knopfsonde; man sieht, wie die Sonde stecken bleibt und schließlich langsam weitergleitet. Auch das Passieren einer dünneren Sonde an einer Stelle, wo vorher eine dickere stecken blieb, ist charakteristisch. Bei jungen Strikturen ist die allmähliche Dilatation mittels Dauersonden am Platze. Bei alten und sehr derben dagegen wird die äußere Ureterotomie notwendig.

4. Kirschgroßes Neoplasma der Niere, von E. Jeanbrau und E. Étienne. Eine 29jährige Frau kam wegen äußerst heftiger Hämaturie zur Behandlung; außer einer Erweiterung der linken Uretermündung und einer Ausscheidungsabnahme der linken Niere wurde nichts gefunden. Unter der Diagnose Neoplasma wurde die linke Niere entfernt, und es fand sich in ihr am unteren Pole eine kirschgroße, ekchymotische, fungöse, leicht zerreibliche Masse. Mikroskopisch ergab sich diese als ein Epitheliom der Tubuli, daß alle Zwischenstadien zwischen normalem Gewebe und Neoplasma zeigte. Außen fand man adenomatöse Proliferation der normalen Kanäle, die rasch neoplastischen Charakter annimmt; weiter nach innen die Bildung eines tubulären, stellenweise papillären oder zystischen Epithelioms. Zwischen der Zone der krebsigen Proliferation und dem zentralen Kerne, wo die Nierenelemente nicht mehr zu erkennen waren, fand sich beträchtliche Rundzelleninfiltration. Die Aussicht auf definitive Heilung ist in diesem Falle sehr groß.

5. Tuberkulose eines ektopischen Hodens, von Jean Ferron. Ein 29jähriger kräftiger, nicht belasteter Mann hatte linksseitige Hodenektopie. Seit vier Monaten schwoll der Hoden an und bewirkte dumpfe, ausstrahlende Schmerzen. Bei der Untersuchung fand sich der Hoden sehr derb, unverschieblich; die Umgebung war völlig normal. Unter der Diagnose Neoplasma wurde operiert; es zeigte sich, daß der Hoden völlig

Digitized by Google

normal war, während der Nebenhoden stark vergrößert und in typische tuberkulöse käsige Massen verwandelt war.

6. Große Nierensteine, die keine Erscheinungen machen, von PILLET-Rouen. Kurzer Bericht über drei Kranke, die nur an minimalen Urinbeschwerden litten (leichte Trübung des Urins, Brennen bei der Miktion). Bei allen ergab die Durchleuchtung multiple sehr große Nierensteine.

7. Instrumentarium und Technik der hinteren Urethroskopie, von ROBERT HENRY. Genaue Beschreibung der verschiedenen Apparate. Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß die Urethroskope mit optischen Vorrichtungen zwar durch die günstige Beleuchtung, Vermeidung der Blutung und Auseinanderfaltung der Schleimhaut große Vorteile bieten. Dagegen sind sie schwierig einzuführen und gestatten nicht die endoskopische Behandlung. In dieser Hinsicht ist das direkte Urethroskop weit überlegen.

8. Abortivbehandlung der Blennorrhagie, von JULES JANET. Verfasser versucht stets die Arbortivbehandlung, wenn der Ausfluß nicht länger als 24 Stunden besteht oder wenn bei etwas längerer Krankheitsdauer der Ausfluß und die entzündlichen Erscheinungen sehr geringfügig sind. Die Wahl des Mittels ist gleichgültig, die Hauptsache ist, daß es sofort bakterizid wirkt, ohne das Epithel zu schädigen. Wichtig ist ferner, daß vorher jedwedes Sekret und aller Urin, der die Wirkung des Mittels verhindern könnte, entfernt werden. Verfasser übt folgendes Verfahren: Er spült zuerst die Urethra anterior mit einer Lösung von Argyrol 2,5‰ aus; nachdem der letzte Tropfen sorgfältig entfernt ist, injiziert er 20% Argyrol und beläßt es fünf Minuten in der Harnröhre, indem er von Zeit zu Zeit einige Tropfen austreten läßt, damit auch die komprimierten Partien bespült werden. Dieses Verfahren wird an drei Tagen hintereinander je zweimal ausgeführt, wobei man mit der Konzentration auf 10% und 5% sinkt. Sind die Reizerscheinungen zu stark, so wird bloß eine Waschung mit Argyrol 2—3‰ vorgenommen. Verfasser, der seine Abortivbehandlung mit Kaliumpermanganat aufgegeben hat, konnte mit der angegebenen Methode sehr gute Resultate erzielen.

Bd. IV., Nr. 1, 15. Juli 1913.

1. Bluttransfusion bei schweren Blutungen der Harnwege, von F. LEGUEU. Verfasser gibt ausführlich die Krankengeschichte eines Mannes, der nach einer Lithotripsie von einer heftigen Blasenblutung befallen wurde, die ihn fast tötete. LEGUEU transfundierte von der Tochter des Kranken Blut und konnte ihn so wieder hoch bringen. doch verfiel er wieder durch Komplikationen. Verfasser berichtet dann noch über zwei weitere Fälle von Bluttransfusion mit glücklicherem Erfolge. L. bespricht dann des näheren die Technik dieses Eingriffes, der in verzweifelten Fällen lebensrettend wirken kann.

2. Chirurgische Nierentuberkulose beim Kinde, von J. ORAISON-Bordeaux. Verfasser berichtet über drei Fälle von Nierentuberkulose bei Kindern im Alter von 7, 13 und 15 Jahren. Zwei wurden operiert. Die Nierentuberkulose scheint bei Kindern nicht so selten zu sein, wie man annimmt. Sie verrät sich durch dieselben Symptome wie beim Erwachsenen; sie soll auch mit denselben diagnostischen Hilfsmittel wie beim Erwachsenen festgestellt werden. Die therapeutischen Indikationen sind ebenfalls die gleichen.

3. Untersuchung des Blutes bei Albuminurischen, von E. ROUX. Wenn man das Blut von Albuminurikern mit einer hypotonischen Lösung von Natriumzitrat mischt, nach 20 Min. zentrifugiert und färbt, so findet man, daß ein Teil der Leukozyten die normale Gestalt und Färbbarkeit beibehalten hat, andere aber blasse, schlecht gefärbte Kerne zeigen, die stellenweise zerfallen. Verfasser hat gefunden, daß Patienten mit starker Leukozytenresistenz solche mit erhöhtem Blutdrucke und Zeichen von Nieren-

Digitized by Google

fibrose sind; Zeichen von Urämie usw. trüben bei ihnen die Prognose beträchtlich. Die Kranken mit geringer Resistenz sind solche, bei denen die Niere weniger schwer geschädigt ist und einer Besserung oder Heilung fähig ist. Die Resistenz scheint ein Zeichen der fortwährend notwendigen Abwehr zu sein, damit das Blut von den Abbauprodukten gereinigt wird.

4. Doppelte epispadische Urethra, von LEBRUN. Der 20jährige Kranke hatte eine normale Harnröhre und eine darübergelegene akzessorische, die epispadisch war. Heilung durch Exstirpation der letzteren.

5. Bedeutung der renalen Hämaturie nach Nephrektomie wegen Tuberkulose, von MANUEL PEÑA. An der Hand mehrerer Fälle zeigt der Verfasser, daß nach einer Nephrektomie wegen Tuberkulose Blutungen der anderen Niere beobachtet werden können. Diese sind nicht allein durch die kongestive Reaktion der beginnenden kompensatorischen Hypertrophie bedingt, sondern können in manchen Fällen die Anzeichen einer Tuberkulose der Niere sein, die zu gering war, um durch die gewöhnlichen Explorationsverfahren entdeckt zu werden. In anderen Fällen sind die Blutungen durch eine banale Infektion bedingt. Manchmal kommt keiner der beiden Momente in Betracht, und man muß eine hämaturische Nephritis annehmen. Die Prognose muß in jedem Falle mit Reserve gestellt werden.

6. Schmerzhafte sklero-adipöse Perinephritis, von NICOLICH. Verfasser berichtet über zwei Kranke, die an Nierenkoliken und heftigen Schmerzen in der Nierengegend litten. Der Urin war normal, radiologische und zystoskopische Untersuchung ohne Erfolg. Bei der Operation fand Verfasser die betreffende Niere von einem dichten fibrolipomatösen Gewebe umgeben, das die Niere dislozierte. Nach Exstirpation dieser Massen völlige Heilung.

7. Undurchgängige traumatische Struktur der Harnröhre, von COCHEZ. Ein Patient war wegen Harnröhrenruptur mittels äußerer Urethrotomie und Dauersonde behandelt worden; da weiterhin keine Bougierung vorgenommen wurde, entstand eine impermeable Striktur. Deshalb war ein zweiter Eingriff notwendig, der in einer Urethrektomie mit zirkulärer Naht bestand. Der Urin wurde durch eine suprapubische Fistel abgeleitet.

8. Lokalisation und moderne Behandlung der Blennorrhagie bei der Frau, von DI CHIARA. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

9. Soll man einen Tripper laufen lassen?, von JULES JANET. Die Methode, einen Tripper laufen zu lassen, ist einerseits zu verdammen, da sie den zahlreichen Komplikationen Vorschub leistet; andererseits hat sie in früherer Zeit unleugbar gute Dienste geleistet. Verfasser hat nichts dagegen, wenn Nichtspezialisten, die nicht über die nötigen Apparate verfügen, diese Methode anwenden. Sie muß aber dann konsequent durchgeführt werden; nach einer dreiwöchigen Periode der Ruhe und Hygiene sollen 14 Tage einer Balsamtherapie folgen; ist die Heilung nicht perfekt, genügen einige Waschungen mit Kaliumpermanganat. Keinesfalls darf erst einige Zeit der Tripper sich selbst überlassen und dann mit einer antiseptischen Therapie begonnen werden. Der Spezialist darf sich aber nicht an diese Methode halten. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Mai 1913.

1. Pyelonephritis während der Schwangerschaft, von RENÉ LE FUR-Paris. Verfasser berichtet über eine Patientin, die während zweier Schwangerschaften, besonders aber während der zweiten, an heftigen, mit Erbrechen und hohem Fieber einhergehenden

Digitized by Google

Nierenkoliken litt. Als nach der zweiten Entbindung die Anfälle wieder kamen, wurde der Ureterenkatheterismus vorgenommen, der rechtsseitigen eitrigen Urin ergab. Die rechte Niere wurde exstirpiert; glatte Heilung. Verfasser bespricht dann noch mehrere gleiche Fälle seiner Erfahrung. Der Erreger der Schwangerschaftspyelonephritiden ist meist das Bact. coli communis; seine Tätigkeit wird durch alle Momente, die eine Stauung des Urins im Nierenbecken hervorrufen, begünstigt. (Kompression durch den Uterus usw.) Die Krankheit beginnt meist schleichend, seltener brüsk. Sie manifestiert sich durch äußerst heftige, hochsitzende Schmerzen, durch Fieber und Schüttelfröste, Erbrechen; der Urin enthält im Anfange nur Bakterien, später wird er eitrig. Die Palpation der Niere ist durch den graviden Uterus sehr erschwert; Ureterenkatheterismus muß in jedem Falle vorgenommen werden. Während der Schwangerschaft bleibt das Leiden unverändert, nach der Entbindung, die stets normal verläuft, tritt meist spontane Heilung ein. Die Behandlung soll vor allem in Nierenbeckenspülungen bestehen; führen diese nicht zum Ziele, so ist in dringlichen Fällen während der Schwangerschaft die Nephrotomie, nach der Entbindung die Nephrektomie vorzunehmen. Die künstliche Frühgeburt ist nur in Fällen von beiderseitiger Affektion einzuleiten. Differentialdiagnostisch kommen Appendizitis, Cholezystitis, Nierensteine, Eklampsie in Betracht. Bei vagen Beschwerden während der Gravidität soll man stets an eine Pyelonephritis denken.

2. Die Anästhesie bei der Prostatektomie, von A. Grandjean. Bei der Prostatektomie kommt es vor allem auf rasches Operieren und tiefe Narkose an. Die Lokalanästhesie hat keinerlei Vorteile, scheint dem Verfasser eher Nachteile zu haben, da durch sie die Infektionsmöglichkeit vergrößert und die Operationsdauer verlängert wird. Dagegen birgt die geringe Menge von Chloroform, die dem Kranken bei der raschen Eröffnung der Blase verabreicht wird, nur geringe Gefahren in sich. Die Narkose kann ausgesetzt werden, sobald die Prostata enukleiert ist; die übrigen Manipulationen (Waschung der Wundhöhle, Einsetzen des Drains usw.) können während des Erwachens ausgeführt werden. Allerdings scheint die Lumbal- oder besonders die Extraduralanästhesie die Allgemeinnarkose zu verdrängen. Doch fehlt es noch an einer wissenschaftlichen Dosierung; jeder spritzt nach seiner Erfahrung ein. Es kann aber nicht für jeden Fall dieselbe Quantität eines Anästhetikums richtig sein.

3. Großer Prostatastein bei einer Striktur, von Jaubert und Beaujeu. Ein Mann, der seit langer Zeit eine Striktur hatte und wegen Blasensteinen operiert worden war, litt seit sechs Monaten an intermittierender Dysurie; bald war der Strahl voll und kräftig, bald filiform. Dazu kamen starke perineale Schmerzen bei Bewegungen und Hämaturie. Die Urethra wurde normal befunden; per rectum fühlte man aber einen Stein in der Prostata. Sicherung der Diagnose mittels Durchleuchtung, Operation. Es handelte sich um einen Phosphatstein, der fast identisch war mit einem der früher extrahierten Blasensteine. Der Vorgang ist so zu erklären, daß es hinter der Striktur zur Harnstauung kam, wodurch sich die Prostatakanälchen erweiterten. Die Prostata wird dann von Höhlen durchsetzt und verhält sich wie ein Harnröhrendivertikel; der Harn stagniert in ihr und gibt so den Anlaß zur Steinbildung.

4. Rachianästhesie in der Urologie, von Nicolich-Triest. Verfasser hat 148 Nieren-, 42 Prostata- und 83 Blasenoperationen, 12 Operationen am Perineum und 124 an den Genitalorganen in Rachianästhesie mit Stovain-Strychnin vorgenommen. Die Dosis variierte nach dem Geschlechte, Alter und Allgemeinzustande des Kranken. Fünfmal versagte die Methode, 18mal war sie ungenügend. Sehr häufig sah N. Kopfschmerzen nach der Anästhesie, doch sind die Fälle seltener, seitdem er vorher etwas Liquor abläßt. Selten sah er Erbrechen. An schwereren Nebenerscheinungen konnte er beobachten: einmal Blasenlähmung durch zwei Wochen, dreimal Kollaps, einmal

Digitized by Google

Atemlähmung, einmal Augenmuskellähmung durch drei Wochen und einmal Hemiplegie und Aphasie durch zwölf Tage. Alle diese Erscheinungen wurden wieder völlig beseitigt. Kein Todesfall. Verfasser kommt daher zu dem Schluße, daß die Rachianästhesie in der Urologie der Allgemeinnarkose vorzuziehen sei, da sie in ihren unmittelbaren und den Spätfolgen weniger gefährlich sei und die Blasenoperationen leichter und die Nierenoperationen ungefährlicher mache.

5. Haarnadeln in der Blase, von Legueu. Gelegentlich eines Falles von inkrustierten Haarnadeln in der Blase eines 16jährigen Mädchens bespricht L. dieses relativ häufige Vorkommnis. Die Haarnadel gelangt durch masturbatorische Manipulationen in die Blase, wo sie durch deren Kontraktionen mehrfache Lageveränderungen durchmacht, bis sie schließlich querliegt. So macht sie durch längere Zeit außer einer unangenehmen Sensation bei der Miktion keine Beschwerden. Dann aber treten die Erscheinungen einer Zystitis, auf und die Nadeln beginnt sich zu inkrustieren. Von da ab sind die Symptome die der Blasensteine. In seltenen Fällen können die Spitzen der Nadel, die meist nicht inkrustiert werden, die Blasenwand perforieren. Die Extraktion kann per vias naturales erfolgen, wird aber meist auf hypogastrischem Wege geschehen müssen.

6. Entfernbare Kugel zur Fixierung des Zystoskops, von G. Marion. Siehe diese Zeitschrift, Bd. 56, S. 675.

7. Die funktionelle Nierenprüfung, von Maurice Chiray. In Fortsetzung dieses Artikels wird die Untersuchung des Blutes bei Nierenkrankheiten wie der Vergleich der Funktionen beider Nieren besprochen.

8. Neue Instrumente, von L. Boulanger. Verfasser beschreibt einen Nadelhalter für tiefe Ligaturen und Metallhülsen für Nadeln und Bistouris, die an beiden Enden offen sind und die Aufbewahrung der Instrumente in einer gewöhnlichen Schachtel gestatten. Ferner eine Klammer für Varikozelenoperationen und ein Urethroskop für Frauen, das sich von dem für Männer nur durch die Größe unterscheidet.

9. Wert der Elektrolyse bei der Behandlung von Harnröhrenstrikturen, von Gabriel Colin-Peru. Verfasser bricht eine Lanze für die Elektrolyse, die in vielen Fällen von Strikturen die Methode der Wahl, immer aber ein ausgezeichnetes, anderen überlegenes Verfahren ist. Besonders der inneren Urethrotomie ist sie vorzuziehen. Sie ist ungefährlich und einfach anzuwenden und gibt konstante Resultate. Die Dilatation soll aber auch in manchen Fällen zu Recht bestehen bleiben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Nachtrag zu meiner Mitteilung „Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X", von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1913. Nr. 4.) Bei dem ausdrücklich unter Vorbehalt als geheilt bezeichneten Fall (diese Ztschr., Bd. 56, S. 354) hat leider die günstige Wirkung der Behandlung nicht lange vorgehalten, sondern es sind bei dem Patienten schon vier Wochen nach der Entlassung wiederum neue Tumorknoten an der Haut hervorgetreten, und wenige Wochen später ist er unter den Erscheinungen einer ausgedehnten inneren Sarkomatose zugrunde gegangen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Vier familiäre Fälle multipler Neuromyxofibrosarkomatose, von Alfred Mathies-Hamburg-Eppendorf. (Ztschr. f. klin. Med., 1913, Bd. 77.) Verfasser berichtet eingehend über die vier oben genannten Fälle, von denen einer zur Sektion kam, nämlich die Mutter der später erwähnten drei Knaben und die folgende bedeutenden Veränderungen am Nervensystem aufwies: 1. an der Basis des Gehirns fünf wallnußgroße derbe Knoten; 2. an der Schädelbasis zahlreiche linsen- bis bohnengroße Knoten; 3. am Rückenmark zahlreiche Verdickungen, z. T. perlschnurartige Stränge; 4. an den peripheren Nerven überall Tumoren, darunter am linken Nervus ulnaris ein hühnereigroßer Tumor.

Was das Wesen der Neurofibromatose anbetrifft, so neigt Verfasser zu der dystrophischen Theorie, da auch von der hier untersuchten Familie von sieben Kindern nur drei auffallend zarte von der Krankheit befallen wurden, während die übrigen gesunden Kinder verschont blieben.

Hinsichtlich der Ätiologie bietet Fall 1, die Mutter, gar keine Anhaltspunkte, in Fall 2—4, bei den Kindern, ist die Krankheit, resp. die Disposition ererbt.

Betreffs der Lokalisation der Tumoren fehlen bei allen 4 Fällen erstens die sonst vorhandenen Hauttumoren, ferner fehlt jede Hautpigmentation oder abnorme Behaarung und jede Schleimhautpigmentation, es bestehen dagegen bei allen Fällen Tumoren der peripheren Nerven.

Irgend welche Störungen der Mobilität oder Sensibilität lagen nicht vor, dagegen besteht in allen vier Fällen die oft beobachtete Kachexie. Die von vielen Seiten hervorgehobene Beeinträchtigung der Psyche und des Intellekts fehlte hier völlig, ebensowenig bestanden „trophische Störungen".

Gegenüber zahlreichen Beobachtungen von Frigidität und Sterilität hat die Patientin in Fall 1 sieben normale Geburten durchgemacht.

Prognose war in Fall 1 bei der zunehmenden Kachexie bald als infaust zu bezeichnen, ebenso bei Fall 2, bei Fall 3 und 4 dürften ebenfalls die Nervenwurzeln des Zentralnervensystems nicht verschont bleiben und der Fall daher letal enden.

Die Therapie beschränkte sich auf Hebung des allgemeinen Kräftezustandes und Entfernung der durch ihren Sitz oder Schmerzhaftigkeit lästig fallenden Tumoren.

Franzius-Dresden.

Verschiedenes.

Der nächste **Internationale medizinische Kongreß** wird 1917 in München stattfinden.

Die nächste Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** findet 1914 in Leipzig statt.

Geh. Med.-Rat Prof. August v. Wassermann erhielt am Internationalen medizinischen Kongresse in London den Preis von Paris.

Sanitätsrat Dr. Oskar Rosenthal-Berlin erhielt auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Rom 1912 für seine statistischen und photographischen Tafeln aus dem Pflegeheim für erblich kranke Kinder in Berlin-Friedrichshagen den großen Preis und die goldene Medaille der Stadt Rom.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. September 1913 | Nr. 37 | Band 57

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm
(Vorstand: Prof. Dr. J. Almkvist).

Die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis mit Gonargin.

Von

Dr. Karl Hedén, Assistenzarzt.

Schon seit einer Reihe von Jahren werden Versuche unternommen, Gonorrhöe durch Immunisierung zu behandeln. Seitdem mehrere, und zwar hauptsächlich amerikanische Ärzte, die Wrightsche Opsonintherapie bei Gonorrhöe durchzuführen versucht hatten, trat Bruck 1909 mit seinen Untersuchungen über aktive und passive Immunisierung bei Gonorrhöe hervor[1]). Die von ihm angewandte Gonokokkenvakzine, „Arthigon" ist später noch von mehreren Ärzten, wie Schindler[2]), Hecht und Klausner[3]), Wolsohn[4]), Schulz[5]), Rugier[6]), Rohrbach[7]) und Simon[8]), nachgeprüft worden.

Inzwischen sind auch andere Gonokokkenvakzine auf dem Markte erschienen, wie z. B. das Reissnersche „Gonovakzin" und die Menzersche „Originalgonokokkenvakzine"[9]). Über die Wirkung aller dieser Präparate gehen die Meinungen in der Literatur etwas auseinander. Die Mehrzahl der Autoren neigt zu der Anschauung, daß den Gonokokkenvakzinen eine gewisse therapeutische Wirkung eigentlich nur auf die Allgemeininfektionen und Komplikationen der Gonorrhöe[10]) beizumessen sei, wogegen Menzer von seiner Vakzine behauptet, daß sie auch die Schleimhautaffektionen günstig beeinflussen und zur Heilung bringen könne.

In der letzten Zeit ist nun von der Firma Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst a. M. eine neue Gonokokkenvakzine unter dem Namen „Gonargin" in den Handel gebracht worden. Das Gonargin wird in verschiedenen Stärken hergestellt und enthält stets eine ganz

[1]) Dtsch. med. Wochenschr., 1909, S. 470; Med. Klin., 1911, Nr. 21. — [2]) Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 31 und Nr. 40. — [3]) Berl. klin. Wochenschr., 1911, S. 894. — [4]) Berl. klin. Wochenschr., 1911, S. 1509. — [5]) Dtsch. med. Wochenschr., 1911, S. 2331. — [6]) Dtsch. med. Wochenschr., 1911, S. 2334. — [7]) Derm. Ztschr., 1912, Nr. 1. — [8]) Münch. med. Wochenschr., 1912, S. 521. — [9]) Münch. med. Wochenschr., S. 2434. — [10]) Bruck, Münch. med. Wochenschr., 1911, S. 2616.

Digitized by Google

bestimmte Anzahl abgetöteter Gonokokken. Zum Zwecke der Konservierung enthält es 0,5 % Phenol. Es wird in Konzentrationen von je 5 Millionen, 10 Millionen, 15 Millionen, 25 Millionen und 50 Millionen abgetöteten Keimen in 1 ccm abgegeben, neuerdings auch mit 100 und mehr Millionen Keimen.

Untersuchungen mit Gonargin sind, soweit mir bekannt ist, bis jetzt nur von Schumacher[1]) veröffentlicht worden.

In Schweden wurde Gonargin von Prof. Almkvist in der klinischen Abteilung des Krankenhauses St. Göran Anfangs November 1912 eingeführt und ist seitdem in allen Fällen von gonorrhoischen Gelenkaffektionen angewandt worden. Zufolge seines therapeutischen Wirkungswertes hat Prof. Almkvist eine Veröffentlichung nachstehender Fälle für wünschenswert gehalten und mich damit beauftragt.

Als Applikationsweise des Gonargin wurde die intramuskuläre Injektion gewählt, und zwar in steigenden Dosen, mit einer Initialdosis von 5 Millionen Keimen beginnend. Je nach dem Allgemeinbefinden der Patienten wurde die Injektion in Zwischenräumen von 2—4 Tagen vorgenommen. Eine jeweilige Bestimmung des opsonischen Index ist nicht ausgeführt worden. Die Injektionsanzahl ist, wie es aus den Krankenberichten zu ersehen ist, verschieden gewesen.

Fall 1. Ladenmädchen, 18 Jahre alt. Ausfluß seit Ende Juli 1912, Schmerzen im linken Achsel- und Ellbogen seit Ende August. Aufgenommen 25. IX. 1912.

Diagnose: Gonorrhoea acut. (Urethritis, Arthritis gonorrh. humer., scapular. et cubiti sin.)

Status: Linkes Schultergelenk nicht besonders geschwollen, die Gelenkkapsel aber überall intensiv schmerzhaft. Große Schmerzen bei jedem Bewegungsversuch. Der linke Ellbogen etwas geschwollen, wird in leicht gebogener Stellung getragen. Geringe Empfindlichkeit bei Palpation, besonders auf den Seiten um Olekranon. Alle Bewegungen können passiv in normaler Ausdehnung ausgeführt werden. Nur Streckungen verursachen Schmerzen.

Behandlung: Albarginbehandlung lokal für Gonorrhöe, Aspirin, Wärmebehandlung.

28. IX. Gonokokkenfrei. 8. XI. Keine nennenswerte Besserung, Aspirin- und Wärmebehandlung werden ausgesetzt, Gonarginbehandlung wird aufgenommen: 9. XI. 5 Millionen, 12. XI. 10 Millionen, 15. XI. 15 Millionen, 18. XI. 25 Millionen, 21. XI. 50 Millionen. 22. XI. Alle Schmerzen verschwunden. Die Beweglichkeit im Ellbogen normal, im Schultergelenk so gebessert, daß die Patientin die Hand zum Genick führen kann.

Fall 2. Telephonarbeiter, 28 Jahre. Wurde im Krankenhaus am 9. X. 1912 aufgenommen.

Diagnose: Gonorrhoea acut. (Ant. post. + Prostatit. + Epididymit. et Funiculit. dext.)

Behandlung: Cedrolinol, Suspensoir, heiße Lavements und Spülungen. 19. X. Gonokokkenfrei. 30. X. Seit gestern geschwollen und Schmerzen im rechten Kniegelenk.

Status: Ziemlich reichlicher Erguß im Kniegelenk, unbedeutende Druckempfindlichkeit. Die Haut gerötet. Die aktive Bewegungsmöglichkeit etwas beschränkt, Schmerzen bei passiven Bewegungen.

[1]) Derm. Ztschr., 1913, Bd. 20.

Digitized by Google

Diagnose: Arthritis gonorrh. genu dext.

6. XI. Die Schwellungen und Empfindlichkeit haben zugenommen.

Behandlung: 9. XI. Gonargin 5 Millionen Keime. 10. XI. Die Schwellungen und Röte haben etwas zugenommen. 14. XI. 10 Millionen Keime. 15. XI. Röte und Schwellungen haben etwas zugenommen, doch weniger als nach der Injektion am 9. XI. 16. XI. Die Schwellung hat etwas abgenommen. 20. XI. 25 Millionen Keime. 21. XI. Die Schwellung noch mehr abgenommen, keine Druckempfindlichkeit. Patient wird entlassen. 24. XI. Die Schwellung fast verschwunden, nur noch Kapselverdickung, keine Druckempfindlichkeit. Patient hat seit der Entlassung gearbeitet und keine Schmerzen im Kniegelenk verspürt.

Fall 3. Frau, 32 Jahre. Wegen Gonorrhöe poliklinisch behandelt. Schmerzen im rechten Handgelenk seit 14 Tagen; aufgenommen am 11. XI. 1912.

Diagnose: Arthritis gonorrh. manus dextr.

Status: Rechtes Handgelenk bedeutend angeschwollen, etwas gerötet und intensiv schmerzend. Der ganze Handrücken bedeutend ödematös angeschwollen. Die aktive Bewegungsmöglichkeit fast aufgehört, starke Schmerzen bei passiven Bewegungen.

Behandlung: Gonargin. 12. XI. 6 Millionen Keime. 13. XI. Bedeutende Schmerzen im Handgelenk während der Nacht nach der Injektion; die Röte hat etwas zugenommen, im übrigen keine lokalen oder allgemeinen Symptome. 15. XI. 10 Millionen, 18. XI. 15 Millionen, 21. XI. 25 Millionen, 24. XI. 50 Millionen Keime. 25. XI. Schwellung fast verschwunden. Patientin gibt an: Empfindlichkeit nur über dem Gelenk. Die aktive Bewegungsmöglichkeit bedeutend beschränkt, doch sind kleinere Bewegungen im Handgelenk auszuführen. Wird zur poliklinischen Behandlung überwiesen.

Fall 4. Zementarbeiter, 35 Jahre. Behandelt hier 16. XI. 1911 bis 29. I. 1912 wegen Gonorrh. chron. Rheumatismus articulor. Seit der Entlassung zeitweise Schmerzen in den Fußgelenken, welche sich auf Aspirin bessern. Wurde erneut am 20. XII. 1912 aufgenommen.

Diagnose: Gonorrh. acut. (ant. post.) Rheumatism. articulor.

Status: Beide Fußgelenke etwas angeschwollen. Die Haut normal, kein Erguß, Empfindlichkeit beim Druck, keine nennenswerte Bewegungsbeschränkung.

Behandlung: Vom 20. XII. bis 10. I. 1913 erhielt er für seine Gonorrhöe Cedrolinol und für Arthritis Aspirin und Wärmebehandlung. Da aber eine nennenswerte Besserung nicht zu verzeichnen war, wurde mit Gonarginbehandlung begonnen. 11. I. 5 Millionen, 14. I. 5 Millionen, 17. I. 10 Millionen, 20. I. 15 Millionen, 23. I. 25 Millionen, 26. I. 50 Millionen Keime. Bei dieser Behandlung trat keine Besserung ein, sondern weitere Gelenke wurden ergriffen. Am 22. I. schwoll der rechte Ellbogen an; verfärbte sich rötlich und schmerzte. Am 25. I. wurde in ähnlicher Weise das linke Handgelenk ergriffen. Am 27. I. wurden deshalb wieder große Dosen Aspirin gegeben und Wärmebehandlung angewandt. Hierdurch wurde eine solche Besserung erzielt, daß der Patient bei seiner Entlassung am 16. IV. 1913 fast ganz hergestellt war. Während der Gonarginbehandlung wurde der Patient ohne Anwendung anderer Mittel gonokokkenfrei und verblieb es auch später während der ganzen Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhaus. Bei Anfang der Gonarginbehandlung hatte er reichlich Gonokokken im Sekret.

Fall 5. Expreßarbeiter, 28 Jahre. Gonorrhöe dreimal vorher. Die beiden letzten Male im hiesigen Krankenhaus behandelt. Hatte dann zu gleicher Zeit gonorrhoische Arthritis; beide Male im rechten Knie- und Fußgelenk. Wieder aufgenommen am 8. I. 1913. Ausfluß seit zwei Monaten und Schmerzen im rechten Fuß seit einem Monat. Behandelt mit Einspritzungen und V. V. O.

Digitized by Google

Diagnose: Gonorrh. acut. (ant. post + Arthrit. gon. metatarsophalang. I pedis dext.)

Status: Rechtes Metatarsophalangealgelenk bedeutend angeschwollen, gerötet und stark schmerzend. Aktive Beweglichkeit nicht mehr möglich, starke Schmerzen bei passiven Bewegungen.

Behandlung: Für seine Gonorrhöe erhielt er Cedrolinol und Janetsche Ausspülungen. Die Arthritis wurde mit Gonargin behandelt. 9. I. 5 Millionen Keime. 10. I. Empfindlichkeit und Rötung haben zugenommen, keine allgemeinen Symptome. 11. I. Schmerzen haben etwas abgenommen. 12. I. 5 Millionen, 15. I. 10 Millionen Keime. Die Rötung etwas geringer, sonst keine Änderung. 18. I. 15 Millionen Keime. Die Schwellungen haben etwas abgenommen, die Schmerzen sind fast gänzlich gewichen. Die aktive Beweglichkeit teilweise zurückgekehrt. Immer noch etwas Schmerzen bei passiven Bewegungen. 21. I. 25 Millionen, 24. I. 50 Millionen Keime. Keine Empfindlichkeit bei Palpation oder passiven Bewegungen, Schwellungen verschwunden. 29. I. Gonokokkenfrei.

Fall 6. Arbeiter, 30 Jahre. Behandelt hier 1911 wegen Gonorrh. acut. + Arthrit. gon. manu dext. Aufgenommen 13. I. 1913.

Diagnose: Gonorrh. acut. (ant. post. + Follikulitis).

Behandlung: Cedrolinol, Janetsche Ausspülungen und Ätzungen.

Status: 24. II. Linkes Handgelenk angeschwollen, gerötet und stark schmerzend bei Palpation. Beschränkte aktive Beweglichkeit. Starke Schmerzen bei passiven Bewegungen.

Diagnose: Arthrit. gon. manus sin.

Behandlung: Gonargin. 25. I. 5 Millionen, 29. I. 10 Millionen, 1. II. 15 Millionen Keime, fast schmerzfrei, aktive Beweglichkeit zum größten Teil zurückgekehrt. 4. II. 25 Millionen, 9. II. 50 Millionen Keime. 10. II. Schmerzfrei, keine Druckempfindlichkeit. Nur noch unbedeutende Anschwellung und Beschränkung der aktiven Bewegungsmöglichkeit. Keine Schmerzen bei passiven Bewegungen. 15. II. Gonokokkenfrei. 2. III. 50 Millionen, 5. III. 50 Millionen, 8. III. 50 Millionen, 11. III. 50 Millionen, 20. III. 50 Millionen Keime. 5. IV. Geringer Erguß und beschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenkes. Unbedeutender Schmerz bei Palpation.

Behandlung: Aspirin und Wärme. 16. IV. Unbedeutende Beschränkung der Bewegungen des linken Kniegelenkes; sonst symptomfrei.

Fall 7. Kellnerin, 20 Jahre. Ausfluß seit ein paar Monaten. Schmerzen im linken Handgelenk seit acht Tagen. Aufgenommen am 14. III. 1913.

Diagnose: Gonorrh. acut. (Urethrit. + Bartholinitis dextr. + Arthrit. gon. manu sin.)

Status: Linkes Handgelenk bedeutend angeschwollen, besonders dorsal. Die Anschwellung erstreckt sich weit auf den Unterarm hinauf. Die angeschwollene Partie sehr gerötet und ödematös. Die aktive Beweglichkeit im Handgelenk ganz und gar aufgehoben. Kann nur die Finger bewegen. Starke Schmerzen bei Palpation und passive Bewegungen.

Behandlung: Lokal: Albargin und Lapis, für Arthritis Gonargin. 15. III. 5 Millionen Keime. 17. III. Schmerzen etwas geringer, die Schwellung etwas zurückgegangen. 18. III. 10 Millionen Keime, gonokokkenfrei. 21. III. 15 Millionen Keime. 22. III. Unbedeutende Schmerzen in der Nacht. Die Schwellungen sind weiter zurückgegangen. 24. III. 15 Millionen Keime. 25. III. Keine Schmerzen, Schwellungen etwas geringer. 27. III. 50 Millionen, 30. III. 50 Millionen, 2. IV. 50 Millionen, 5. IV. 50 Millionen, 8. IV. 50 Millionen Keime. 16. IV. Die aktive Bewegungsmöglichkeit beinahe zurückgekehrt. Verspürt nur etwas Steifheit im Handgelenk. Geringe Kapselverdickung noch vorhanden. Keine Empfindlichkeit bei Palpation oder passiven Bewegungen.

Digitized by Google

Fall 8. Kellnerin, 26 Jahre. Ausfluß seit einigen Monaten. Schmerzen im linken Handgelenk seit 14 Tagen.

Diagnose: Gonorrh. acut. (Urethrit. + Cervicit. + Perimetrit. + Arthrit. gon. manu sin.)

Status: Linkes Handgelenk bedeutend angeschwollen und gerötet. Ödem über die ganze Dorsalseite. Aktive Beweglichkeit aufgehört. Bedeutende Schmerzen bei Palpation und passiven Bewegungen. Uterus retroflektiert und fixiert rechts. Rechts und hinterm Uterus ein bedeutendes, stark schmerzendes Infiltrat.

Behandlung: Albarginbehandlung lokal in Urethra, Jothiontampons, Bettruhe. Für ihre Arthritis erhielt sie Gonargin. 3. IV. 5 Millionen, 6. IV. 10 Millionen Keime. Die Schmerzen etwas geringer, sonst keine Änderung. 9. IV. 15 Millionen, 12. IV. 25 Millionen Keime. Urethra gonokokkenfrei. 15. IV. 50 Millionen Keime. Die Schmerzen vollständig verschwunden, die Schwellung geringer. Aktive Bewegungsmöglichkeit teilweise zurückgekehrt; gibt an: geringe Empfindlichkeit bei Palpation und passiven Bewegungen. Das perimetrische Exsudat unverändert; immer noch bedeutende Empfindlichkeit bei bimanueller Palpation. 18. IV. 50 Millionen, 20. IV. 50 Millionen Keime. Die Schwellungen beinahe ganz verschwunden. Die aktive Beweglichkeit zum größten Teil zurückgekehrt. Keine Empfindlichkeit bei Palpation oder passiven Bewegungen. 24. IV. 50 Millionen Keime. 25. IV. Von der Schwellung ist nur ein unbedeutender Rest zurückgeblieben. Die aktive Beweglichkeit beinahe normal. Die Patientin fühlt nur noch eine unbedeutende Steifheit bei Ausführung der Bewegungen, das perimetrische Exsudat unverändert.

Bei einem anderen Patienten (Privatpatient) mit einem fast orangegroßen, stark schmerzenden Salpingit, trat durch Gonarginbehandlung eine bedeutende Besserung ein. Die Schmerzen verschwanden, und das Exsudat wurde geringer.

Fall 9. Versicherungsinspektor, 28 Jahre. Gonorrhöe 1909, zu gleicher Zeit Schmerzen in den Gelenken während ungefähr sechs Monaten. Ausfluß seit drei Wochen Schmerzen im rechten Knie und linken Fußgelenk seit ein paar Tagen. Aufgenommen am 17. IV. 1913.

Diagnose: Gonorrh. acut. (ant. post. + Prostatit. + Arthrit. gon. genu dextr. et Articulat. talo-cruralis sin.)

Status: Rechtes Kniegelenk bedeutend angeschwollen und schmerzend. Bedeutender Erguß im Gelenk. Die Haut etwas gerötet. Aktive Bewegungsmöglichkeit sehr beschränkt. Leichte Schmerzen bei Palpation und passiven Bewegungen. Linkes Talokruralgelenk etwas angeschwollen. Geringe Beschränkung der aktiven Bewegungsmöglichkeit. Etwas empfindlich bei Palpation und passiven Bewegungen.

Behandlung: Cedrolinol und heiße Lavements zur Bekämpfung der Gonorrhöe. Für die Arthritis Gonargin. 17. IV. 10 Millionen, 19. IV. 25 Millionen Keime. Schmerzen fast verschwunden. Die aktive Beweglichkeit etwas gebessert. Der Erguß geringer. Keine nennenswerte Empfindlichkeit bei Palpation. Die Beweglichkeit im Fußgelenk beinahe normal, keine Druckempfindlichkeit. 24. IV. 50 Millionen Keime. 25. IV. Jeglicher Schmerz im Knie- und Fußgelenk verschwunden. Unbedeutender Erguß im Kniegelenk noch vorhanden. Keine Druckempfindlichkeit. Die aktive Beweglichkeit im Fußgelenk normal, im Kniegelenk etwas beschränkt.

Zusammenfassung.

Aus den oben beschriebenen Fällen scheint somit hervorzugehen, daß das „Gonargin“ andere bisher angewandte Mittel durch seine therapeutische Wirksamkeit in Fällen von gonorrhoischer Ar-

Digitized by Google

thritis übertrifft. Bei Fall 4, in welchem keine Wirkung des Gonargin beobachtet werden konnte, lag ohne Zweifel keine eigentliche gonorrhoische, sondern eine rheumatische Arthritis vor. In einem Falle (Fall 4) hat Gonargin eine besonders günstige Einwirkung auf die gonorrhoische Schleimhautaffektion ausgeübt. Während in einem weiteren Falle Gonargin eine recht günstige Wirkung bei Salpingitis zeigte, konnte bei Fall 8 kaum eine Besserung konstatiert werden.

Ohne Zweifel können aber auch außer Arthritis gon. alle anderen gonorrhoischen Affektionen günstig von Gonargin beeinflußt werden. Dies kommt auch in der Arbeit Schuhmachers zum Ausdruck. Dieser schreibt unter anderem: „Mit Sicherheit ist der therapeutische Effekt vorhanden bei Epididymitis und Tendovaginitis, ein unsicherer Erfolg ist bei chronischer Prostatitis und Vulvovaginitis und Rektalgonorrhöe zu verzeichnen. Erfahrungen über die Beeinflussung gonorrhoischer Gelenkaffektion durch Gonargin stehen mir nicht zur Verfügung."

In einigen Fällen (Fall 2, 3, 5) hat sich allerdings nach der ersten Injektion das angegriffene Gelenk vorübergehend verschlimmert. Aber ein nennenswertes Unbehagen nach den Injektionen, lokaler oder allgemeiner Natur, ist nicht beobachtet worden.

Wie wirken die Balsamika?

Von

Dr. med. Carl Cronquist, Malmö.

Seit alten Zeiten sind wir daran gewöhnt, uns bei der Gonorrhöebehandlung außer örtlich wirkender auch interner Mittel, vor allem der sogenannten Balsamika zu bedienen. Über den Wert sowie über die Wirkungsweise der letzteren gehen aber die Ansichten noch weit auseinander. Einige rühmen ihre Wirkung sehr, andere legen ihnen eine mäßigere Bedeutung als Hilfsmittel zur Milderung der Schmerzen, des Harndranges, zur Klärung des Harnes zu, wieder andere wollen ihnen jeden therapeutischen Wert bei der Gonorrhöebehandlung absprechen und ziehen ihnen die mehr spezifischen Harndesinfizientia entschieden vor.

Dieser völlig antagonistische Standpunkt hinsichtlich der Balsamika oder der internen Gonorrhöebehandlung überhaupt wurde in neuester Zeit ganz besonders von v. Veress (Über die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler, Derm. Wochenschr., Bd. 56, S. 302) resp. von Klingmüller (Über die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes, Samml.

Digitized by Google

zwangloser Abhandlgn. a. d. Gebiete der Derm., der Syph. u. d. Krankh. d. Urogenitalapparates, Bd. 1, H. 3) vertreten.

Ich kann diesen Ansichten nicht beitreten.

Daß bei einer Gonorrhöe der Eiterfluß eine direkte Folge der Lebensäußerungen des Gonokokkus Neisser ist, darüber herrscht, glaube ich, heutzutage nur eine Meinung. Eine Herabsetzung der Eitersekretion kann also umgekehrt nur bedeuten, daß die Gonokokken eine Einschränkung in ihren Lebensbedingungen erlitten. Die numerische Abnahme in der Anzahl sowohl der Eiterzellen als auch der Gonokokken können wir unter dem Mikroskop direkt verfolgen.

Wenn wir nun unter ausschließlicher Verabreichung eines bestimmten Mittels eine solche Abnahme sowohl der reaktiven Erscheinungen als der Anzahl derjenigen infizierenden Keime, die diese Erscheinungen ins Leben gerufen, wahrnehmen können, so ist das für mich ein Beweis, daß eben diese Therapie derjenige Faktor gewesen, welcher die Lebenskraft des infizierenden Agens derart beeinträchtigt hat, daß es nicht mehr dieselben entzündlichen Veränderungen hervorzurufen imstande ist. Und wenn unter der nämlichen Behandlung die Gonokokken völlig verschwinden und auch nach dem Aussetzen derselben nicht wieder zur Entwicklung kommen, und wenn ein solches Ereignis nicht unter vielen Fällen so selten zur Beobachtung kommt, daß man es bloß als einen Zufall erklären kann, so beweist mir dies, daß die Gonokokken durch das erwähnte Mittel getötet worden sind.

Im Jahre 1910 habe ich (Ther. Monatsh., Jahrg. 24, Juli) meine Erfahrungen über die Einwirkung eines balsamischen Gemisches (Extr. fluid. Kawa-Kawa 50, Extr. fluid. Cubeb. 40, Ol. Santali 10) auf den gonorrhoischen Prozeß veröffentlicht. Später wurde dieses Mittel in Kapselform von der Firma G. Pohl, Schönbaum, Danzig, hergestellt und unter dem Namen „Kteinokapseln“ in den Handel gebracht. Da diese Kapseln mir dieselben Dienste zu leisten schienen als das obengenannte Gemisch, und da sie weiter — sie sind sogenannte „Geloduratkapseln“ — nicht im Magen, sondern zuerst im Darm resorbiert werden und infolgedessen keine Magenbeschwerden (Aufstoßen usw.) hervorrufen, habe ich sie seither in meiner Praxis ausschließlich angewandt. Meine hier ausgesprochenen Ansichten beziehen sich also eigentlich nur auf dieses Präparat.

Die erwähnten Erfahrungen sowie diejenigen, die ich seither mit Kteinokapseln gewonnen, beziehen sich, soweit ich mich bei dieser Gelegenheit auf sie berufe, nur auf solche Fälle, die während der Beobachtungszeit nur mit diesen Mitteln behandelt wurden.

Die Kasuistik war insofern eine herausgewählte, als in derselben nur solche Fälle aufgenommen waren, in denen eine Beeinflussung des go-

Digitized by Google

norrhoischen Prozesses deutlich zutage trat. Die Anzahl derjenigen, die sich ganz refraktär verhielten, ist in der Tat, im Vergleich mit den übrigen, nur gering gewesen. Hinsichtlich der Hauptfrage: „Können wir auf den gonorrhoischen Prozeß intern durch Balsamizis einwirken?“ ändert ja aber eine prozentuelle Berechnung nichts. Wer meine damalige Kasuistik durchmustern will, wird, glaube ich, ohne Bedenken die Frage bejahend beantworten.

Die 1910 mitgeteilten Fälle wurden sämtlich sehr günstig von dem Mittel beeinflußt, die meisten wurden sogar, meistens in wenigen Wochen, geheilt. Darunter befanden sich auch ein paar Fälle von Prostatitis, sowie einige von Uterusgonorrhöe. Auch diese wurden ebenso günstig beeinflußt wie die anderen, trotzdem hierbei nicht das wirkende Agens durch den Harn eingewirkt haben kann. Durch solche Erfahrungen ermutigt, habe ich in den letzten Jahren jede Uterusgonorrhöe nur intern und zwar mit Kteinokapseln (drei Kapseln dreimal täglich nach dem Essen) behandelt, daneben nur Vaginalausspülungen mit Alaun oder Kal. hypermang. vornehmen lassen. Ich nehme aber keine lokale Behandlung der Uterusschleimhaut vor. Trotzdem erreiche ich im allgemeinen in dieser Weise eine Heilung in 3—4 Monaten, was für einen Gebärmuttertripper gewiß nicht als eine sehr lange Heilungszeit angesehen werden kann.

Ein paar Fälle mögen hier als Beispiele angeführt werden.

19jähriges, lediges Weib aus Lund sucht am 7. XI. 1911 meinen Rat wegen einer seit Frühling desselben Jahres bestehenden, sehr unregelmäßig behandelten Gonorrhöe.

Äußerst unbedeutendes Urethralsekret; spärliche Gonokokken.

Zervixsekret schleimig, beinahe klar; mikroskopisch spärliche Sammlungen von Eiterzellen, einzelne Gonokokken. Ord.: Kteinokapseln, Vaginalspülungen.

Die interne Medikation wurde wegen einer Reise nach Stockholm nur sechs Wochen lang fortgesetzt.

Am 15. II. und 19. VI. 1912 stellte sich Patientin wieder zur Untersuchung ein. Keine Gonokokken in der Urethra wie in der Zervix.

27jähriges, lediges Weib. Frische Infektion.

18. IV. dickflüssiges, purulentes, blutgemischtes Sekret aus der Urethra; zahlreiche Gonokokken. Wegen der starken Reizungserscheinungen wird keine Untersuchung der Gebärmutter vorgenommen. Die Urethra und Blase wird täglich einmal mit Kalium permangan. 1 : 6,000 gespült.

26. IV. wird die interne Untersuchung vorgenommen, wobei in dem reichlichen, rein purulenten Ausfluß von der Zervix zahlreiche Gonokokken gefunden werden. Es wird jetzt die bisherige lokale Therapie ausgesetzt. Das Vestibulum wird mit schwachen Kal. permang.-Lösungen gespült, und außerdem werden nur Kteinokapseln 3 × 3 täglich verordnet.

15. VI. Menses eben abgeschlossen. Sehr unbedeutendes Urethralsekret; spärliche Gonokokken. Zervikalsekret sehr unbedeutend, beinahe glasklar mit grauen Strichen: vereinzelte Gonokokken.

19. VII. Menses eben abgeschlossen. Im Urethralsekret nur Epithelzellen; keine

Digitized by Google

Gonokokken. Zervikalsekret völlig klar. Mikroskopisch können keine Eiterkörperchen und auch keine Gonokokken nachgewiesen werden.

15. VIII. Die Medikation wurde am 2. VIII. ausgesetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt heute ganz dasselbe Resultat wie 19. VIII.

Kann in diesen Fällen eine Einwirkung des verordneten Mittels auf den gonorrhoischen Prozeß geleugnet werden? Gewiß nicht. Aber sie zeigen außerdem noch mit Bestimmtheit, daß der Harn nicht das einzige notwendige Vehikel für die Wirkung solcher Mittel ausmacht, sondern daß sie ebensogut diese Wirkung ausüben können, während sie auf dem Wege nach den Nieren die Blutbahn passieren müssen. Besonders für die Gebärmutter kann man keine anderen Wege annehmen. Vielleicht spielt er auch für die Urethra eine größere Rolle, als man bisher anzunehmen geneigt war.

Da ich in den letzten Jahren, seitdem ich den Balsamizis ein besonderes Interesse zuzuwenden begonnen, so gut wie ausschließlich die obengenannte Mischung resp. Kteinokapseln angewandt habe, beziehen sich meine Erfahrungen eigentlich nur auf diese. Ich glaube aber, daß all den verschiedenen Balsamizis so ziemlich dieselben oder wenigstens verwandte Eigenschaften zukommen, obwohl in vielleicht recht beträchtlich verschiedenem Grade. Der Vergleich meiner Erfahrungen mit denen von v. Veress und Klingmüller läßt wenigstens eine Vermutung zu, daß die Kteinokapseln den anderen Mitteln überlegen sind.

Gestützt auf eine ziemlich umfassende klinische Erfahrung, sowie auf besonders daraufhin gerichtete Versuche (siehe meinen früheren Aufsatz), wage ich meine Meinung in den folgenden Sätzen auszusprechen:

In den Balsamizis besitzen wir ein sehr gutes Hilfsmittel in dem Kampf gegen die Gonorrhöe.

Die Balsamika wirken direkt auf die Gonokokken abschwächend resp. abtötend ein.

Den Wirkungsweg kann für eine ganze Reihe von gonorrhoischen Affektionen nur die Blutbahn bilden.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1913, Nr. 3.

Beitrag zur Kenntnis der Magensyphilis, von Mario Copelli-Parma. Der Verfasser teilt einen seltenen Fall von sekundärer Magensyphilis mit, der bei einer 36jährigen Kranken im ersten Jahre der Syphilis auftrat. Die Erkrankung begann unter den Symptomen einer heftigen Gastritis acuta, so daß die Differentialdiagnose zwischen dieser und einer luetischen Magenerkrankung äußerst schwierig war. Trotz peinlich diätetischer

Digitized by Google

Kur blieben die Symptome in gleichmäßiger Heftigkeit $2^1/_2$ Monate bestehen und wichen erst einer energischen Quecksilberkur. Auch drei Fälle von tertiärer Magensyphilis ist Copelli in der Lage mitzuteilen, die im vergangenen Jahre beobachtet wurden. Der eine derselben konnte auch vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus untersucht werden, und es stellte sich dabei ein bisher noch nicht beschriebener Befund der Magenschleimhaut heraus, welcher in einer diffusen, oberflächlichen Sklerosierung der Mukosa und Submukosa bestand.

Über einige in Tripolis beobachtete granulomatöse Hautkrankheiten, von Pietro Sabella-Rom. Der Verfasser geht hauptsächlich auf zwei Fälle von Granuloma ulcerosum der Genitalien ein, die er in Tripolis zu beobachten Gelegenheit hatte, und bespricht eingehend sowohl die klinischen als die histologischen Unterscheidungsmerkmale zwischen dieser Erkrankung und der Syphilis sowie der Framboesie.

Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa generalisata, von Vincenzo Palumbo-Florenz. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris bei einem 48jährigen Manne, der in eine generalisierte, zum Tode führende exfoliierende Erythrodermie überging. Der Verfasser teilt den genauen Sektionsbericht sowie bakteriologische und experimentelle Untersuchungen mit, welche aber den Fall nicht ätiologisch klären konnten.

Über einen Fall von Scabies norvegica, von Francesco Radaeli-Cagliari. Interessant an dem hier mitgeteilten Falle ist die ungewohnte Lokalisation an der Kopfhaut, welche sich in einem eher an Pityriasis rubra pilaris erinnernden Zustande der Hyperkeratose befand. Die Schuppen enthielten unzählige Akari.

Die Trichophyton-Pilze der Provinz Rom, von Guiseppe Pecori-Rom. Vom eigentlichen Trichophyton-Pilz kommen ungefähr alle Formen vor. Hingegen konnte keine Form von Microsporon Audouini beobachtet werden. Lediglich ein Fall von Microsporon pubescens (?) bei einem aus England zugereisten Knaben und zwei Fälle von Microsporon villosum wurden identifiziert. A. Gunsett-Straßburg.

Clinica Dermosifilopatica della Re. Università di Roma.

Bd. 31, Nr. 2, Mai 1913.

Lepra, von Campana. Der Verfasser injizierte Leprabazillen, die einem an Lepra nodularis disseminata erkrankten Patienten entnommen waren, zwei schwangeren Kaninchen, um den Übergang der Leprabazillen auf die Jungen zu studieren. Besonders die Nabelnarbe und die Gefäßreste des Nabelstrangs wurden auf Bazillen untersucht, aber mit negativem Erfolg.

Entzündliches Papillom bei einem heredosyphilitischen Knaben, von Campana. Kasuistische Mitteilung.

Das „Arthigon" als antiblennorrhoisches Mittel, untersucht bei Tieren und beim Menschen, von Pietro Sabella. Aus den Tierversuchen des Verfassers geht hervor, daß das Arthigon den Geweben des tierischen Körpers gegenüber relativ unschädlich ist. Es schwächt bei gleichzeitiger Anwendung die deletäre Wirkung von blennorrhoischen Exsudaten auf die normalen Gewebe ab, welche eintreten, wenn man blennorrhoische Exsudate mit normalen Geweben, z. B. Schleimhäuten, in Berührung bringt. Zugleich vermehrt es die Widerstandskraft des tierischen Organismus einer spezifischen blennorrhoischen Infektion gegenüber, indem es im Blute eigenartige biologische Kräfte erzeugt. Ferner schwächt es die septische Wirkung von ins Unterhautgewebe injiziertem blennorrhoischem Eiter ab und fördert die Resorption dieses injizierten Materiales. Klinisch beweisen die mitgeteilten Krankengeschichten seine Wirksamkeit in lokaler Injektion bei Epididymitis und Arthro-Synovitis blennorrhoischen Ursprungs; bei Urethro-cystitis war der Erfolg geringer.

Digitized by Google

Urticaria papulosa (Heredolues — Malaria), von Campana. Da der hartnäckige Ausschlag bei einer 23jähr. Heredoluetischen aufgetreten war, wurde zuerst mit Quecksilber behandelt, wobei die Hautsymptome fast ganz verschwanden. Der letzte Rest verschwand mit Chinin, das in Anbetracht einer früheren Malaria gegeben wurde.

Maculae caeruleae infolge von Pediculi pubis, von Campana. Mitteilung eines Falles mit erythemartigen, großen Flecken.

Elefantiastisches Syphilom der Vulva und Urethra, von Roberto Terzaghi. Kasuistische Mitteilung mit histologischer Untersuchung. A. Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Bd. 15, Mai 1913, Nr. 173.

Die Lepra und ihre Prophylaxe in Spanien, speziell im Osten, von Rafael Bover Albi. (Schluß.) Der Verfasser bespricht am Schlusse seiner Arbeit besonders die Leprabekämpfung in Spanien, an welcher die Leprakolonie von Fontilles den Hauptanteil hat. Die im Stile eines Sanatoriums gedachte Kolonie wurde im Jahre 1902 in einem anmutigen Tale der Provinz Alicante gegründet und beherbergt zur Zeit 50 Lepröse.

Beitrag zur Wirkung der Antimeningokokken-Serumtherapie bei der Arthrotendosynovitis blennorrhoica, von V. Compañ. Es werden vier Fälle von Arthritis und Tendovaginitis mitgeteilt, bei welchen Injektionen von Antimeningokokkenserum (Institut Pasteur und Wellcome Borroughs u. Comp.) von gutem Erfolg war.

Bd. 15. Juni 1913, Nr. 174.

Dermitis artificialis von ekzematösem Typus, hervorgerufen durch Atophan, von E. de Oyarzabal. Bei einem 46jähr. Kranken trat nach einer Behandlung eines Furunkels hinterm Ohr mit Formalin ein artifizielles Ekzem auf, das sich auf Gesicht, Kopf und Hände ausdehnte. Unter indifferenter Behandlung heilte dasselbe wieder ab. Als nach einiger Zeit der Patient wegen Gelenkschmerzen Atophan einnahm, erschien das Ekzem mit derselben Lokalisation wieder und konnte jedesmal nach der Heilung durch erneute Atophan-Einnahme wieder hervorgerufen werden.

Unsere hygienischen Maßnahmen in Marokko, von Pedro Prieto de la Cal. Der Verfasser entnimmt einem französischen Berichte von Remlinger statistisches Material, die venerischen Erkrankungen in Marokko betreffend. In Tanger waren im Jahre 1911 unter 6626 Besuchern des Ambulatoriums von Cabanes 2540 Venerische, im französischen Hospital, dessen Kranke sich mehr aus Europäern jeder Nationalität und aus eingeborenen Juden rekrutierte (die Araber waren hier in der Minderzahl), waren im Jahre 1911 unter 2978 Kranken 484 Venerische. Aus einer Privatpatientenstatistik von Herzen ergibt sich, daß unter 1920 Patienten 622 Venerische sich befanden. Verhältnisse von 36% Venerischer unter dem gesamten Krankenmaterial finden sich auch in Larache, Mazagan, Mogador und Saffi. Interessant sind die Angaben über die Prostitution in Mogador und deren Ausbeutung durch die eingeborenen Behörden. Dort mußte früher jede Prostituierte einen Duro an den eingeborenen Gouverneur pro Woche zahlen, der hierdurch ein jährliches Einkommen von 20000 Duros hatte. Diese in Marokko herrschenden Verhältnisse benutzt der Verfasser, um energische sanitäre Maßnahmen im spanischen Schutzgebiete zu fordern.

Mineralbäderbehandlung der Hautkrankheiten, von Manzaneque. Allgemeine Indikationen für den Gebrauch von Mineralbädern bei Hautkrankheiten.

Über das Leukozytengleichgewicht bei der Addisonschen Krankheit und seine Bedeutung, von Gustavo Marañon. Bei der Addisonschen Krankheit findet man

Digitized by Google

häufig eine Verminderung der Zahl der polynukleären Leukozyten und eine — relative oder absolute — Vermehrung der mononukleären, speziell der Lymphozyten. Die Leukopenie ist weniger häufig als die Mononucleose. Diese Leukozytenformel zeigt die Existenz einer Hyperplasie des lymphoiden Gewebes an, die mehr oder minder ausgesprochen ist. Praktisch könnte dieser Befund eine zweifelhafte Diagnose stützen, und besonders vom prognostischen Standpunkte aus zeigt er eine besonders schwere Form der Erkrankung und die Gefahr eines plötzlichen Todes infolge des „Status lymphaticus" an. A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Über Kinderekzeme, von V. Klingmüller-Kiel. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie usw., Bd. 2, H. 3. Halle a. S., Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 1913, 33 S.) Verfasser versteht „unter ekzematösen Erkrankungen Katarrhe der Haut und der angrenzenden Schleimhäute" und ist durch diese allgemeine Begriffsbestimmung in der Lage, alle die verschiedenen „Ekzem"-Formen gemeinsam zu besprechen. Die „disponierenden Zustände", die „auslösenden Ursachen des Ekzems" und die Behandlung der Kinderekzeme finden eine dem Bedürfnis des Praktikers angepaßte Darstellung. Fendt-Wiesbaden.

Zur Kritik der Nebenwirkungen des Salvarsans (bzw. Neosalvarsans) mit besonderer Berücksichtigung des Wasserfehlers, von Obermiller-Straßburg. (Verlag von Ludolf Beust, 1913.) Die vorliegende Arbeit ist in fesselnder Form mit einer scharfen Kritik geschrieben. Obwohl sich der Verfasser immer wieder dagegen verwahrt, daß er ein Salvarsangegner sei und die Bedeutung und Heilkraft des Mittels unterschätze, so merkt man doch deutlich heraus, daß er stark verärgert ist über die Hartnäckigkeit, mit der Ehrlich und Wechselmann die schädlichen Wirkungen des Salvarsans hinwegzuleugnen versuchen und die vorgekommenen Unfälle, resp. Todesfälle nie als eine Arsenfolge betrachten, sondern allerhand andere Umstände dafür verantwortlich machen. Obermiller geht nun Punkt für Punkt die von Ehrlich resp. Wechselmann herangezogenen und für etwaige Unfälle verantwortlich gemachten Momente durch und widerlegt mittels klinischer Beobachtung, Tierexperiment usw. jeden einzelnen. Die Arbeit zerfällt in zwei Teile, der Teil I behandelt die Einteilung der Nebenwirkungen, der Teil II die Ursachen der Nebenwirkungen. In der Einleitung betont der Verfasser, daß er ein entschiedener Anhänger der chronisch intermittierenden kombinierten Hg-Salvarsan-Behandlung sei, und zitiert Veress, der sagt: „Salvarsan wirkt schön, energisch und rasch, Hg langsam aber sicher", und hebt hervor, daß Ehrlich selbst für diese Behandlung eingetreten sei, um die Parasiten von zwei Seiten anzugreifen, und dadurch einer As-Festigkeit der Spirochäten gegen das eine oder das andere Mittel entgegen zu arbeiten.

Über die Details der Arbeit kann trotz des großen Interesses nur kurz berichtet werden, und ich möchte aus dem ersten Teile „Einteilung der Nebenwirkungen" auf dessen Unterkapitel „Speziell neurotrope Wirkung" besonders hinweisen wegen der geschickten und sehr erschöpfenden Darstellung dieser wichtigen Materie. Den Schluß dieses Kapitels bilden im Anschluß an die Erörterung über „Encephalitis haemorrhagica acuta" nach Salvarsan-Injektion zwei Tabellen, a) mit vorübergehenden Hirnerscheinungen, b) Salvarsan-Todesfälle; in der letzteren Tabelle ist besonders der Fall 49 interessant, indem ein nichtluetischer Patient, der an Flecktyphus litt, bei gesunden

Digitized by Google

Herz und Nieren $2^1/_2$ Stunde nach einer Infusion von 0,35 Salvarsan unter epileptiformen Krampfanfällen starb.

Der Teil II: „Ursache der Nebenwirkungen" zerfällt in eine Reihe Einzelabschnitte, weil der Verfasser, wie erwähnt, Punkt für Punkt widerlegen will, was Ehrlich und Wechselmann von der Ungiftigkeit des Präparats behaupten. Für ihn ist die Giftwirkung des Präparates erwiesen, einmal durch die Analogie zwischen As-Intoxikation und denen durch das 34% As enthaltende Salvarsan gesetzten Nebenwirkungen; ferner durch die Tierexperimente von v. Marschalko u. a., die gleichzeitig beweisen, daß die Lueskomponente zur Erzeugung von Vergiftungserscheinungen durch Salvarsan nicht erforderlich ist.

Durch eine weitere Tabelle weist der Verfasser nach, daß für die Reaktionserscheinungen weder das Geschlecht der Patienten, noch ihr Alter, noch das Stadium der Krankheit, noch die Dosis des Medikaments erheblich ins Gewicht fallen. Dasselbe behauptet er für den „Wasserfehler", die Konzentration des Lösungsmittels, die Zersetzlichkeit des Salvarsans und die Temperatur der Lösung; sondern er macht für das Vorkommen von Reaktionserscheinungen mehr die Konstitution des Patienten und eine Reihe von Momenten, die sich unserer genauen Kenntnis leider noch entziehen, verantwortlich. Und gerade in dieser Regellosigkeit der nach seiner Ansicht rein arsenotoxischen Unfälle sieht der Verfasser die große Gefahr, die ihn hindert, ein unbedingter Bewunderer des Salvarsans zu werden.

Er resumiert: daß die Reaktion auf Salvarsan nur eine Erklärung zuläßt: sie ist „toxisch und individuell"; und er spricht zusammenfassend von drei Formen der schweren Nebenwirkungen, die tückisch, nicht vorauszusehen und daher nicht abzustellen sind: reine Arsenvergiftung mit enzephalitischen und myelitischen Erscheinungen, Neurorezidive und nervöse Herxheimersche Reaktionen. Um dieses Risiko zu verringern, fordert er genauere Präzison für die Indikationsstellung der Salvarsanbehandlung.

Die Hauptdomäne des Salvarsans sind: die tertiären ulzerösen Prozesse, die refraktären und malignen Fälle. Im übrigen leistet es bei genauer Berücksichtigung aller Gegenindikationen in der Kombination mit Quecksilber sehr gute Dienste in der Bekämpfung der Syphilis und ist als wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zu bezeichnen.

Lasch-Breslau.

Der Morbus Brunogallicus (1577); ein Beitrag zur Geschichte der Syphilisepidemien, von Tiberius von Györy. (Zur historischen Biologie der Krankheitserreger usw., H. 6. Gießen 1912, Verlag von Alfred Töpelmann [vormals J. Ricker], 35 S.) v. Györy macht uns durch eine etwas verkürzte Übersetzung mit der Beschreibung einer merkwürdigen Epidemie zu Brünn in Mähren im Jahre 1577 bekannt. Der ärztliche Autor Thomas Jordanus hat uns mit seinem Werke die erste ausführliche Monographie über eine extragenitale Syphilisepidemie hinterlassen. Die „Brünner Krankheit", die eine große Anzahl von Menschen ergriff, begann in einem Badehaus, und zwar wurden alle diejenigen, die sich dort „in der Haut schneiden und Schröpfköpfe setzen ließen, durch die Krankheit befallen". Die Erkrankung trat in recht bösartiger, heute kaum mehr bekannter Weise auf. Wenn die Krankheit auch von Jordanus als der Lues indica „ungemein ähnlich und ungemein nahe verwandt" erkannt wurde, so sträubte er sich doch dagegen, die Identität anzuerkennen, da er an eine extragenitale Übertragung der Lues venerea nicht glaubte. Aber trotz allen Sträubens muß er schließlich doch zugestehen, daß die Krankheit der Syphilis zuzurechnen ist, da sie den nämlichen Mitteln wich, mit denen man diese zu heilen pflegte: Guajakholzdekokt, Schwitzkuren, Turpethum minerale; doch ist Jordanus kein großer Freund des Quecksilbers, dessen schädliche Nebenwirkungen er fürchtet. Auf Grund seiner

Digitized by Google

Überlegungen und logischen Schlußfolgerungen, die sehr interessant zu lesen sind, kommt Jordanus zu dem Resultat, daß die Seuche von irgend einem Auswärtigen, der ins Bad kam, dort badete und bereits früher mit Syphilis behaftet war, eingeschleppt wurde. Das „Kontagium" übertrug sich dann auf die später Infizierten. Es ist von Interesse, zu lesen, wie schwer es dem Verfasser fällt, an eine Übertragung durch die Schröpfköpfe und Skalpelle zu glauben, eine Tatsache, die uns heute so einfach und einleuchtend erscheint. Fendt-Wiesbaden.

Die Schönheitspflege. Für Ärzte und gebildete Laien, dargestellt von Orlowski-Berlin. (Dritte verbesserte Auflage mit 30 Abbildungen im Text. Würzburg, Curt Kabitzsch Verlag, Kgl. Univ.-Buchh., 1913. 132 S.) Auf knappem Raum gibt Orlowski eine Darstellung der Schönheitspflege, die wohl beanspruchen darf, sowohl in Ärzte- als auch Laienkreisen Anerkennung zu finden, wenn man sich auch mit dem Gedanken, daß ein Buch beiden Kreisen zugleich dienen soll, nicht völlig abzufinden vermag. Aber immerhin wird es nützlich sein, wie Orlowski meint, daß der Laie erfährt, was geleistet werden kann und was nicht, daß er die Grenzen der kosmetischen Behandlung kennen lernt und auf diese Weise dem Charlatanismus, der auf diesem Gebiet besonders üppig wuchert, entgeht. Daß auch die modernen Behandlungsmethoden der Kosmetik, wie Röntgenstrahlen, Hochfrequenz, Kohlensäureschnee, Quarzlampe — von Lautsch-Graudenz bearbeitet — berücksichtigt sind, bedarf kaum der Erwähnung. Ärzten, die sich schnell orientieren wollen, kann das Werkchen wohl empfohlen werden. Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Über einige metastatische Hauttumoren, von S. Laache-Kristiania. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 47, H. 3 und 4.) Verfasser hat in seiner Arbeit 7 Fälle von malignen, metastatischen Hauttumoren beschrieben und zwar 3 Sarkome, 4 Karzinome. Unter den ersteren hatten die Pigmentsarkomatosis in einem Fall von einem „Tumor regionis parotideae", die multiplen Sarkome im andern von einem Nävus, im dritten aller Wahrscheinlichkeit nach von der Wirbelsäule ihren Ausgangspunkt. Bei den Karzinomen fand sich der primäre Herd in einem Falle in Niere und Nebenniere, im zweiten Falle in einem operierten Mammakarzinom, im dritten Falle im Darm und schließlich im Nabel. Diesen multiplen Hautmetastasen kommt neben ihrer diagnostischen auch eine prognostische Bedeutung zu, da sie mit Ausnahme der verhältnismäßig benignen lokalisierten Hautkarzinome als Enderscheinungen Monate oder selbst Wochen vor dem Exitus auftreten. Eduard Kobligk-Berlin.

Filtrierbare Infektionserreger und maligne Tumoren, von B. Lipschütz-Wien. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 68, H. 3 und 4.) L. möchte in vorliegender Arbeit die schon früher bewiesene spezifische Avidität zahlreicher filtrierbarer Virusarten zu entwicklungsgeschichtlich bestimmten Geweben weiter ausbauen zu einem weitgehenden Parallelismus zwischen filtrierbaren Infektionserregern und malignen Neoplasmen; es sind besonders zwei Tatsachen, die zu diesem Vergleichsresultate führten: Die Eigenschaft dieser so verschiedenartig sich darbietenden Materien, tiefe Kältegrade lange Zeit hindurch ungeschädigt zu vertragen und zweitens, ihre Virulenz in Glyzerin zu bewahren. L. ist überzeugt, daß bei konsequenter Durchführung paralleler Untersuchungsserien

Digitized by Google

noch eine Reihe anderer gemeinsamer Momente sich wird feststellen lassen. Es müßte also beim Studium der Neoplasmen der bakteriologische Weg weiter verfolgt werden und die bezüglichen Arbeitsmethoden würden sich genau vorgezeichnet finden (Untersuchungen mittels der Filtrationsmethoden, Kombination derselben mit der Ultrafiltration, Virusanreicherung auf Kolloidfiltern, mikroskopische Untersuchungen mit den aus dem Studium der Strongyloplasmen bekannten Methoden usw. usw.). Mit dieser Vereinfachung und Einschränkung des weiten Arbeitsgebietes wird es vielleicht gelingen, von der großen Zahl der bisher bekannten Geschwülste eine Reihe mit bakterieller Ätiologie abzugrenzen und neue Ergebnisse in der Ätiologie der malignen Tumoren zu erringen.

Stern-München.

b. Benigne.

Über angeborenen partiellen Riesenwuchs, von Friedrich August Weihe. (Diss., Berlin 1912.) Der Arbeit liegen drei Fälle zugrunde, die im Alter von $2^3/_4$, resp. 6 Jahren, resp. 7 Wochen standen. Es handelt sich in diesen Fällen um angeborenen Riesenwuchs mehrerer Zehen verbunden mit Syndaktylie und Lipombildung unter der Haut.

Fritz Loeb-München.

Heilung der Verrucae planae durch Salvarsan, von Heinrich Loeb-Mannheim. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.) Verfasser berichtet an der Hand kurzer Krankengeschichten über drei Fälle von Verrucae planae juveniles, welche mit Salvarsan bzw. Neosalvarsan behandelt wurden und von denen zwei mittels einer einzigen Injektion zur dauernden und vollständigen Heilung gebracht worden sind. Verwendet wurde 0.26 Salvarsan in alkalischer Aufschwemmung intragluteal und Neosalvarsan IV intravenös in den beiden Fällen der Heilung nach einer Injektion; in dem nicht prompt aber doch später (durch Solutio Fowleri) geheilten Fall, welcher kompliziert war durch eine rezidivierende Urtikaria, wurde 3,45 Salvarsan alkalisch intravenös gegeben.

Gleichzeitig bestehende vulgäre Warzen wurden durch die Therapie nicht beeinflußt.

Franz-Dresden.

Hauthorn bei einer chinesischen Hausziege, von Julius Heller-Berlin. (Berl. tierärztl. Wochenschr., 1912, Nr. 51.) Bei einer blaugrauen chinesischen Hausziege hatte sich an der rechten Unterbrustgegend ein großes Hauthorn gebildet, das unter den langen Haaren verborgen saß; ein Jahr später fand man es spontan abgefallen.

Es ist nicht wieder nachgewachsen und hat auch an seiner Basis keine Spuren seines Sitzes zurückgelassen. Der Verfasser hat auch die histologische Untersuchung vorgenommen, wobei die regelmäßig gestellten Hornzellenzüge auffallen, die in konzentrischen Ringen angeordnet, das Horn zusammensetzen. Das außerordentlich feinkörnige Pigment liegt fast ausschließlich in langgestreckten länglichen Zellen. Ziemlich regelmäßig wechseln tiefpigmentierte Ringe mit weniger pigmentierten Ringen ab.

W. Chrzelitzer-Posen.

Keratosis seborrhoica durch ungewöhnlich starke Belichtung verursacht, von Douglas W. Montgomery-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 4. Januar 1913.) Keratosis seborrhoica ist eine häufige, besonders bei älteren Leuten vorkommende Erkrankung, die in vielen Fällen durch das Licht, vornehmlich durch dessen aktinische Strahlen hervorgerufen wird. Verfasser berichtet über einen 56jährigen Marineoffizier mit einer großen Anzahl seborrhoischer Keratosen im Gesicht. An einigen Stellen war der Krankheitsprozeß tiefer gegangen und hatte epitheliomatöse Degeneration verursacht. Patient war vor längerer Zeit drei Jahre lang mit Küstenüberwachung beschäftigt und brachte während dieser Zeit täglich viele Stunden auf weißem Papier zeichnend an Deck

Digitized by Google

zu. Er war hierbei den direkten Strahlen der Sonne und den vom Wasser und weißem Papier reflektierten ausgesetzt und litt schwer durch den Sonnenbrand. Prophylaktisch genügt in vielen Fällen eine einfache Bedeckung der Haut, nötigenfalls mit einem gelben oder roten oder braunen Schleier. Die einmal vorhandenen seborrhoischen Keratosen, die nicht nur entstellend und für das Gefühl unangenehm, sondern auch durch die Möglichkeit der epitheliomatösen Degeneration gefährlich sind, erfordern Beachtung. Kurettage und Anwendung von Acidum trichloraceticum ist die wirksamste Behandlung. Sonst werden mit Vorteil Anwendung finden Salben mit Acidum salicylicum und Sulfur praecipitatum, bei reizbarer, zu Entzündung neigender Haut solche mit Hydrargyrum oxydatum rubrum und Camphor. Fendt-Wiesbaden.

Über ein Zylindrom der Haut, von Geo F. Dick-Chicago. (Centralbl. f. allg. Pathol., 1912, Nr. 21.) Es handelt sich um einen gestielten knotigen Tumor in der Kreuzbeingegend bei einem 12jährigen Mädchen, der im Laufe von acht Jahren zu Apfelgröße heranwuchs. Mikroskopisch erwies er sich als aus zahlreichen hyalinen, degenerierten Blutgefäßen entsprechenden Zylindern zusammengesetzt, die als das Tumorstroma anzusehen sind. Das eigentliche Tumorgewebe bestand aus epithelialen Zellen und stand an Menge weit hinter dem Stroma zurück. Die die einzelnen Knoten umgebende Kapsel war derbes kernarmes, mit Eosin stark färbbares Bindegewebe, in welches solide Stränge epithelialer Tumorzellen hineingewuchert waren.

Das Zylindrom der Haut ist, wie auch anderweitige Beobachtungen lehren, ein relativ gutartiges, langsam wachsendes Neoplasma. O. Valentiner-Leipzig.

Fibrom der Dorsalseite der Hand nach einem Trauma, von R. Ducastaing. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 30.) Es handelt sich um eine rein subkutane Geschwulst, die teilweise mit der Sehne des Ringfingers verwachsen war. Mikroskopisch war es unmöglich, eine genaue Differentialdiagnose zwischen Fibrom und Sarkom zu stellen.

A. Gunsett-Straßburg.

Zwei Fälle von multipler Neurofibromatose, von Egisto Magni. (Policlinico, 1913, Nr. 4.) 1. Fall: Bei einem 30jährigen Mann fanden sich an zahlreichen Punkten des Körpers Tumoren von verschiedenster Größe (von Korn- bis Mannskopfgröße), welche sich seit dem 19. Lebensjahre zugleich unter Rückgang der Intelligenz des Kranken gebildet hatten. Sie waren von Spindelform, isoliert oder in Gruppen vereinigt, folgten immer dem Verlauf eines Nerven und zeigten fibröse Konsistenz. Kleinere Tumoren fanden sich auch hier und da in der Haut zerstreut, am Rücken außerdem zwei größere, wahre Lipome. Die Nerventumoren waren in der Temporal-, Kiefer- und Halsgegend, desgleichen am Thorax am zahlreichsten. Auch in der Achselhöhle fanden sich große Tumoren. An der unteren Extremität waren sie weniger zahlreich als an der oberen. Es bestand ferner beinahe vollständige Taubheit. Der kachektische Patient ging bald zugrunde. Mikroskopisch setzten sich die Tumoren aus großen, platten Zellen mit konzentrischer Anordnung zusammen, welche zwischen den Nervenfasern eingezwängt waren und diese auseinandertrieben.

2. Fall. Eine 22jährige Frau, welche erst seit einem Jahre Veränderungen an ihrem Körper bemerkt hatte zeigte ein ganz ähnliches Krankheitsbild, nur daß bei ihr keine Tumoren in der Haut saßen. Hingegen waren an den Nervenstämmen die Tumoren rosenkranzartig aneinandergereiht. Auch diese Kranke starb bald, nachdem sich noch vorher eine vollständige Paraplegie eingestellt hatte. Die Tumoren zeigten mikroskopisch genau das gleiche Aussehen wie die vorher beschriebenen. Es handelt sich in beiden Fällen um Neurofibrosarkomatose. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von ausgedehntem Fibroangiom und dessen Behandlung mit Radium, von F. H. Jacob-Nottingham. (Lancet, 7. Dez. 1912) Bei einem acht Monate alten Knaben

Digitized by Google

war die ganze vordere Fläche des Thorax, von den Schlüsselbeinen bis zum Zwerchfell Sitz eines sehr rasch entstandenen flachen Gewächses, das durch die Biopsie als Fibroangiom bestätigt wurde. Unter Behandlung mit Elektrizität und mit Radium ist vollständige Heilung erzielt worden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung voluminöser erektiler Angiome mit Radium, von Wickham, Degrais und Slavik. (Arch. f. phys. Med. und med. Technik, Bd. 7, H. 2.) Die Angiome kleinerer Dimensionen können sehr wohl durch die verschiedenartigsten Mittel, wie Röntgenstrahlen, Kohlensäureschnee, Elektrolyse u. a. m. behandelt werden. Nur die äußerst umfangreichen erektilen Angiome und die subkutanen sowie submukösen müssen mit Radium behandelt werden. Es werden drei derartige Fälle mitgeteilt, wo ein schöner Heilungserfolg erzielt wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der Angiome und der Nävi mit heißer Luft. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 8.) Die Technik dieser Behandlung wurde von Vignat und Ravaut festgelegt. Der die heiße Luft produzierende Apparat muß so eingestellt sein, daß die Luft bei 700 bis 800° unter einem Druck von 200 bis 300 Gramm ausströmt. Da die hierdurch erzeugte Kauterisation sehr schmerzhaft ist, so muß eine leichte Narkose eingeleitet werden. Die Luft muß aus einem engen Mundstück ausströmen. Letzteres muß genau senkrecht zur kranken Stelle gehalten werden. Nach der ersten einige Sekunden dauernden Applikation wird die verbrannte Epidermis mit der Kurette entfernt und dann noch ein- bis zweimal ein heißer Luftstrom direkt auf das Angiomgewebe appliziert, bis letzteres dauernd weißlich verfärbt ist. Gewöhnlich genügt eine Sitzung zur Heilung.
A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Keloid der Augenlider, dessen Entstehung mit Masern zusammenhing, von J. A. Wilson-Glasgow. (Lancet, 30. November 1912.) Ein vierjähriger Knabe mit ausgesprochenen Symptomen von Masern bot bei der Aufnahme nebenbei eine starke Schwellung der Augenlider auf beiden Seiten dar. Man hatte den Eindruck, als ob hier sowie in einiger Ausdehnung an der Wangenhaut irgend eine ätzende Substanz eingewirkt habe. Im weiteren Verlauf entwickelten sich typische Keloide, welche, wie die beigegebene Abbildung erkennen läßt, einen recht erheblichen Umfang angenommen haben. Die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über aseptische und septische Narbenbildung, von Ettore Greggio-Padua. (Virchows Arch., Bd. 210, H. 1.) Der Verfasser berichtet von einer Anzahl von Experimenten, die sich auf den Prozeß der aseptischen und septischen Narbenbildung beziehen, um damit die Herkunft und den Wert der Plasmazellen und der Mastzellen aufzuklären. Danach stammen die Plasmazellen von Bindegewebszellen direkt durch Umwandlung der Adventitiazellen der Gefäße ab, vermehren sich durch Karyokinese, zeigen, wenn man sie in normalen Geweben Erwachsener findet, einen Reizungs- oder leichten und schon geheilten Entzündungsprozeß an und könnten die Bestimmung haben, die Schädlichkeiten zu zerstören, welche durch Trümmer von Zellen im Gewebe entstehen, und besonders die durch Toxine und aufgelöste Mikroorganismen entstandenen Produkte zu neutralisieren.

Die Mastzellen sind als physiologische Bestandteile des Bindegewebes zu betrachten und haben wahrscheinlich eine nutritive Tätigkeit. Schourp-Danzig.

Fuso-spirilläre Assoziationen in einem Falle von Pseudoelefantiasis des unteren linken Gliedes bei einem Araber, von Alfredo Bevacqua-Neapel. Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 68, H. 2). Bei dem 42jährigen Patienten, einem Tripolitaner, hatte das Leiden vor etwa 20 Jahren infolge eines Stoßes an den Zehen des linken

Digitized by Google

Fußes mit Schwellung und Absonderung einer gelben Flüssigkeit aus derselben begonnen; die Schwellung erstreckte sich allmählich auf die ganze linke Extremität bis zur Hüfte und zeigte an verschiedenen Orten geschwürige Stellen. Die Haut ist durch ein hartes Ödem stark verdickt, der Fuß deformiert, sehr geschwollen in der Gegend der Fußwurzel und des Spanns. Aus dem histologischen und bakteriologischen Befunde von exzidierten Gewebsstückchen, wie aus dem klinischen Verlaufe hält sich B. für berechtigt, eine pseudoelefantiastische Affektion anzunehmen, bei der es sich um eine doppelte Infektion mit dem spindelförmigen Bazillus und dem Spirillum handelt. Diese fusospirilläre Symbiose hat die granulomatösen Bildungen verursacht, wobei wohl das Spirillum mehr für die Eiterprozesse als Sekundärinfektion anzusprechen ist; zu diesem Schlusse führten auch die Gegenwart des Bazillus fusiformis und das Spirillum im Eiter und Exsudat des subkutanen Gewebes des Beines. Bei der Nützlichkeit des Salvarsans für gewisse parasitäre, besonders spirilläre Affektionen (wie Pian) möchte er das Mittel auch bei vorliegendem Falle empfehlen. Stern-München.

Zur Kasuistik und Pathogenese der Lymphangiome am Thorax, von Adam Zeiss. (Diss, Gießen 1911.) Nach dem augenblicklichen Standpunkt der Forschung ist die Diagnose auf Lymphangiom nur da zu stellen, wo zweifelsfreie Neubildung eines selbständigen abgesprengten Keims angenommen werden kann (Ribbert). Für die Anerkennung als echte Neubildung genügt nach Rheindorf der Nachweis einer wahrnehmbaren Wucherung von Zellen, die mit Wahrscheinlichkeit als Lymphgefäßendothelien angesprochen werden können. Was die Einteilung anlangt, so finden allgemeine Anerkennung nur zwei Typen: 1. Das kavernöse Lymphangiom; 2. das zystoide Lymphangiom. Über das Lymphangioma simplex (L. circumscriptum cutis) sind die Meinungen noch sehr geteilt. Doch dürfte die Zahl derer, die ihm den Geschwulstcharakter absprechen, die größere sein. Für die Entstehung und Entwicklung der Lymphangieme kommt wohl ausschließlich die homöoplastische Neoplasie in Betracht (Ribbert, Sick, Borst, Pätzold, Henschen u. a.). Doch findet auch der heteroplastische Entstehungsmodus noch Verteidiger (Nast-Kolb).

Eine erschöpfende Zusammenstellung der vorliegendes Thema berührenden allgemein pathologisch-anatomischen Werke, sowie der Arbeiten über Entwicklungsgeschichte und normale Anatomie des Lymphgefäßsystems findet sich in der Dissertation von Henschen (Zürich 1905). Auch die Literatur über seröse und chylöse Lymphangiektasien und Lymphangiome der Bauchhöhle hat dieser Verfasser erschöpfend zusammengetragen. Im übrigen gibt Verfasser eine nach Möglichkeit vollständige Übersicht der bis Anfang 1910 erschienenen Arbeiten und Beobachtungen über das Lymphangiom in einem 325 Arbeiten umfassenden Verzeichnis. Fritz Loeb-München.

Zur Kasuistik und Histogenese der Nabeladenome, von A. Zitronblatt-Moskau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 8.) Bei einer 36 Jahre alten Frau hatte sich in der Nabelgegend innerhalb einiger Jahre eine etwa haselnußgroße Geschwulst entwickelt, die bei jeder Menstruation sich vergrößerte und ein serös blutiges Sekret entleerte. Diese wurde exstirpiert. Das mikroskopische Bild ergab ein echtes Nabeladenom. Diese entstehen aus Resten des Dotterganges in der Nabelnarbe und kommen nur im mittleren oder späteren Lebensalter vor. Fischer-Dresden.

Über die sogenannten „Endotheliome" der Haut- und Speicheldrüsen und über die Zahnkeimkystome, von Wilhelm von Gazen, gen. Gaza. (Diss., Greifswald 1912.) Verfasser will an der Hand mikroskopischer Präparate zeigen, wie Mischgeschwülste und sogenannte Endotheliome der äußeren Haut, die unter dem klinischen Namen Ulcus rodens gehen, in ihrem histologischen Aufbau vielfach und in typischen Formen übereinstimmen. Nach Genese und ihrem histologischen Aufbau gehören hierher auch die

Digitized by Google

Zahnkeimkystome, eine seltene Gruppe von Geschwülsten, die zuerst von Alfred Kruse einer eingehenden Bearbeitung unterzogen worden sind. In allen Fällen von Ulcus rodens (es werden acht näher beschrieben) ist ein direkter Zusammenhang der Tumorzellen mit zapfenartig vorgedrungenen Epithelien der Haut direkt sichtbar. Da dies Kriterium als Beweis für die Krebsnatur des Ulcus rodens anerkannt wird, ist der Beweis erbracht, daß die beschriebenen Tumoren epithelialer Natur sind. Auch bei den Mischgeschwülsten hat Verfasser die drei Wachstumstypen der Epithelien nach Grawitz unterscheiden können, wie bei Ulcus rodens, und überall traf er in den Wachstumszonen die bekannten Bilder, wo kleine und indifferente Epithelzellen in den Lymphspalten die Verwechslung mit wuchernden Endothelien begreiflich erscheinen lassen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Zahnkeimkystomen. Genetisch und histologisch bilden die Ulcera rodentia der Gesichtshaut, die Mischtumoren des Nasenwinkels, der Speicheldrüsen und die Zahnkeimkystome eine zusammenhängende Gruppe von Geschwülsten. Daß von diesen Tumoren bisher kein einwandfreier Fall endothelialer Abkunft beschrieben worden ist, glaubt Verfasser auf Grund der Literatur und seiner mikroskopischen Untersuchungen festgestellt zu haben. Die ganze Gruppe ist ektodermalen Ursprungs. Fritz Loeb-München.

Bilaterales Ekchondrom der Ohrmuschel, von A. Zografides-Athen. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Die seltene Beobachtung wurde an einem 12jährigen Mädchen in dem Ambulatorium der städtischen Klinik von Piräus gemacht. Die Tumoren hatten etwa die Größe eines Taubeneies; sie wurden exzidiert und histologisch untersucht. W. Lehmann-Stettin.

Die Nervenendigungen in der Haut bei den Blastomen des Unterhautbindegewebes, von F. Fusco-Neapel. (Gazz. internaz. di Med. e Chir., 1913, Nr. 6.) Untersuchungen nach den Methoden von Golgi, Ramon y Cajal und Levaditi. Bei neoplastischen Prozessen, die sich in der Haut abspielen (Hautepitheliome) oder auf dieselbe ausdehnen (Mammakarzinom) erfahren die kutanen Nervenendigungen Alterationen, durch welche sich vielleicht die Schmerzen erklären lassen, die man in solchen Fällen beobachtet. K. Rühl-Turin.

Molluscum pendulum am Perineum, von Leclerc-Dandoy. (Policlinique, 1912, Nr. 24.) Bei einem 55jährigen Manne trat vor sieben Jahren am Perineum im Winkel zum linken Oberschenkel ein Knoten auf, der sich allmählich vergrößerte und schließlich gestielt wurde. Der Tumor sah aus wie ein Hoden im Hodensack. Er machte dem Patienten beim Setzen Beschwerden und war auch durch die ständige Reibung ulzeriert. Histologisch bestand er aus Binde- und Fettgewebe. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über das Virus des Molluscum contagiosum, von A. Leeben-Göttingen. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 67, H. 12.) L. entnahm das Material zu seinen Untersuchungen neun Fällen von Molluscum contagiosum, sämtlich Arbeiter der Senembah-Maatschappij (chinesische Kulis und javanische Arbeiter) auf Sumatra betreffend, von welchen nur zwei wegen ihrer Molluskumaffektion dem Spital zugeführt wurden, während bei den sieben anderen dieselbe gelegentlich anderer Erkrankungen zufällig konstatiert wurde. In allen diesen Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung des Molluskuminhaltes die oft beschriebenen Befunde, typische Molluskumkörperchen und die an der Grenze des Sichtbaren stehenden kleinsten Elementarkörperchen, daneben auch als neue dritte Formen größere runde bis ovale, kokkenähnliche Körper, die, in schwankender Zahl vorhanden, im Vitalpräparat schwach gefärbt, sich auch bei Dauerfärbungen nachweisen ließen. Diese Kokken haben — bei erheblichen Schwankungen — im Mittel einen Durchmesser von 1,2 μ. Bei Kulturversuchen mit dem Inhalt von Molluskumeruptionen, der steril aus deren Tiefe entnommen und in frisches menschliches Serum zur Kultur unter anaeroben Bedingungen übertragen wurde, zeigte

Digitized by Google

sich beinahe regelmäßig eine Vermehrung dieser Kokken oder kokkenähnlichen Gebilde und zwar nahmen sie an Zahl entsprechend dem Alter der Kulturen zu. Stets fanden sich aber außer ihnen auch die kleinsten Elementarkörperchen. Die Frage, welcher Natur diese kokkenähnlichen Gebilde sind, kann L. vorläufig noch nicht entscheiden, schon deshalb nicht, weil bei den allerdings wenigen Impfversuchen mit Kulturen die Übertragung nicht gelungen ist. Er beschäftigt sich weiter noch mit der Frage, wie der Organismus und durch welche biologischen Reaktionen er auf die Infektion, deren klinischer Ausdruck als Molluscum contagiosum bezeichnet wird, reagiert. Daß bei diesem, genau wie bei einer Reihe bakterieller Infektionen, die individuelle Disposition zur Übertragung unerläßlich ist, dürfte wohl ohne weiteres feststehen, nachdem sie in manchen Fällen sehr leicht, in anderen gar nicht zustande kommt. Zu einer Reihe biologischer Versuche wurden alkoholische Extrakte aus exzidierten Molluskumeruptionen angewandt: bei den sieben Patienten, die der Kutanreaktion nach v. Pirquet damit unterzogen wurden, war die Reaktion stets negativ, während bei (13) gesunden Individuen regelmäßig eine reaktive Entzündung eingetreten ist — für P. ein Beweis, daß jene extrahierbaren Substanzen ein Virus enthalten, das toxische Wirkung bei molluskumfreien Individuen ausübt. Für diese Annahme sprechen auch die Ergebnisse der noch angefügten Toxinbindungsversuche (Abnahme der Reaktionsintensität nach längerer Einwirkung des Antigens auf die ektodermalen Elemente). Stern-München.

c. Pigmentanomalien.

Addisonsche Krankheit, von Dumont. (Policlinique, 1913, Nr. 5.) Bei einer Frau mit typischer Addisonscher Krankheit bestand der Verdacht auf Syphilis, der durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bestätigt wurde.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Kenntnis des Morbus Addisonii, von Julius Löwy-Prag. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 110, H. 3 und 4.) Das Zugrundegehen der Nebennierenrinde führt bei Erhaltung des chromaffinen Systems bei der Addisonschen Krankheit ad exitum. Der Tod erfolgt wie bei Diabetes mellitus in einem komatösen Zustande, welcher dadurch entsteht, daß infolge pathologischen Eiweißabbaus toxische Stoffe im Blute kreisen. Die Ursache des Morbus Addisonii beruht nicht immer in einer Erkrankung des chromaffinen Systems. Trotz Erhaltung und Funktionsfähigkeit des chromaffinen Gewebes kann Muskelschwäche und Blutdrucksenkung bestehen. Die Hyperplasie des lymphatischen Gewebes braucht nicht einer Hypoplasie des chromaffinen Gewebes zu entsprechen. Da Vermehrung der polynukleären und eosinophilen Leukozyten besteht, läßt sich ein Status thymo-lymphaticus vermuten. Eduard Kobligk-Berlin.

Physiopathologie der Nebennieren in ihrem Zusammenhang mit der Addisonschen Krankheit, von P. Castellino. (Riforma med., 1913, Nr. 9, 10 und 11.) Eine literarische Zusammenstellung der Entwicklungsgeschichte, der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Nebennieren. A. Gunsett-Straßburg.

Physiopathologie der Nebennieren in ihren Beziehungen zur Addisonschen Krankheit, von P. Castellino. (Riforma med., 1913, Nr. 12.) Im vorliegenden Teile einer längeren Artikelreihe über diesen Gegenstand behandelt der Verfasser die inkompletten Formen der Addisonschen Krankheit. Zu diesen Formen rechnet er ebenfalls die Neurofibromatose. Er glaubt mit Revilliod, daß die Neurofibromatose auch die sympathischen Fasern der Nebennieren befallen kann und hierdurch diesen eigentümlichen Symptomenkomplex hervorrufen kann. A. Gunsett-Straßburg.

Tuberkulose und Addisonsche Krankheit, von J. Blanco. (Rev. clin. Madrid, 1913, Nr. 3.) Es gibt unter den Fällen von Lungentuberkulose einen großen Prozent-

Digitized by Google

satz von Kranken, welche Symptome einer chronischen Nebenniereninsuffizienz aufweisen (Hautpigmentation, Schleimhautpigmentation, Asthenie usw.). Der Verfasser versuchte diese klinischen Symptome durch den Nachweis von Adrenalin im Blute zu bestätigen und kam zu folgenden Resultaten: Unter 17 Fällen, die im ganzen untersucht wurden, hatten zwölf ausgedehnte Lungenläsionen; davon hatten sieben eine positive, zwei eine schwach positive Adrenalinreaktion, einer eine sehr starke und zwei weit vorgeschrittene Fälle eine negative. Ein Fall von äußerer Tuberkulose reagierte positiv, vier Fälle von Lungentuberkulose mit Addisonsymptomen gaben alle vier eine negative Reaktion.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von geheiltem (?) Morbus Addison, von Teschemacher-Neuenahr. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Bei einer nach dem klinischen Bilde festgestellten Addisonschen Krankheit will Verfasser durch mehrmonatliche innerliche Anwendung von Adrenalin, daneben gleichzeitig Levikowasser, eine Heilung erzielt haben, da die Bronzefarbe wieder verschwand und eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens eintrat, die bis jetzt schon sechs Monate unverändert fort besteht.

Fischer-Dresden.

Regressive Ernährungsstörungen.

Sklerodermie mit subkutanen Kalkablagerungen, von Walter K. Hunter. (Glasgow Journ., 1913, Nr. 4.) Die 38jährige Kranke litt mit 14 Jahren an Raynaudscher Krankheit. Vier Jahre später trat Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der kleinen Hand- und Fußgelenke, bald darauf der Hand- und Fußwurzel-, der Knie- und Ellenbogengelenke auf. Ungefähr zur selben Zeit wurde die Haut der Hände dick und hart; diese Veränderung verbreitete sich dann auf die Arme, Knie, Ober- und Unterschenkel, sowie auf das Gesicht. Im 21. Jahre traten in der Umgebung der befallenen Gelenke kleine Knötchen auf, die ulzerierten und kleine Konkremente entleerten. Es handelte sich um eine typische Sklerodermie von Gesicht, Hals, Rücken, Nates, Arme und Beine. An den Händen und Füßen fanden sich die Konkremente, die aus kohlen- und phosphorsaurem Kalzium und Magnesia bestanden. Richard Frühwald-Leipzig.

Ungewöhnliches Skleroderma, von William P. Cunningham-New York. (New York med. Journ., 8. März 1913.) Der Fall betraf eine 52jährige unverheiratete Person, deren Allgemeinbefinden stets vorzüglich gewesen ist mit Ausnahme rheumatischer Beschwerden an den Fingern und einem auf die Füße und unteres Drittel der Beine beschränkten Skleroderma, das bereits seit 15 Jahren besteht. Ungewöhnlich an demselben war, daß die knotigen Erhabenheiten auch die Fußsohlen befielen und auch späterhin über diese Lokalisation nicht hinausgingen; zwischen kranker und gesunder Haut war eine auffallend scharfe Demarkationslinie vorhanden. Die Hände waren frei von Skleroderma, aber mit Rheumatismus und gleich den Füßen mit Dupuytrenscher Kontraktur behaftet. Die Kombination dieser drei Affektionen läßt die Annahme einer gemeinsamen nervösen Ursache gerechtfertigt erscheinen, wenn sie auch nicht direkt erwiesen ist. Was die Behandlung betrifft, so ist C. bezüglich des Skleroderma völlig Skeptiker, da es zuweilen mit, zuweilen ohne oder mit ganz indifferenter Behandlung Besserung zeige; über die Therapie herrsche eben noch dieselbe Unklarheit, wie über die eigentliche Ursache des Leidens. Stern-München.

Sklerodermie mit Trismus, von L. Bériel und Drey. (Lyon méd., 1912, Nr. 51. Bei dem 40jährigen Manne begannen vor etwa zwei Jahren Krämpfe in der Kaumuskulatur. Nach einer Verletzung am Kinne bemerkte er das Auftreten von derben Hautpartien, die sich allmählich ausbreiteten; gleichzeitig wurden die Krämpfe häufiger.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme bestand leichter konstanter Trismus, der von Zeit zu Zeit von heftigen, schmerzhaften Spasmen der Kau- und Mundbodenmuskulatur unterbrochen wurde. Die Herde sind derb, von verdünnter, bläulichroter Haut überzogen, schwer faltbar. Die Verfasser glauben, daß die sklerodermatischen Veränderungen dem Trismus vorausgegangen sind, ohne daß sie vom Patienten bemerkt wurden. Die Lage der Herde entspricht nicht den Nervenbahnen, eher dem Gefäßverlaufe. Vielleicht handelt es sich um eine vasomotorische Störung. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von bandförmiger ulzerierter Sklerodermie am rechten Bein eines Kindes, von Erich Hoffmann-Bonn. (Sitzungsber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk., Dezbr. 1911.) Bei einem sechsjährigen Knaben besteht ein derber, durchschnittlich 2—4 cm breiter Strang, der vom äußeren Teil des Fußrückens über den äußeren Fußknöchel nach der Außenseite der Kniekehle und von da über den Trochanter bis nahe zum Darmbeinkamm heraufzieht. Er ist so gespannt, daß er zu einer fast rechtwinkligen Kontraktur des Kniegelenkes Anlaß gibt. Etwa 4 cm über dem Fußknöchel beginnt im Verlauf dieses Stranges ein strichförmiges, 0,5—2,5 cm breites Geschwür, das sich bis zur Gesäßfurche erstreckt und hier bis 5 cm breit wird. Diese ausgedehnte strichförmige Sklerodermie ist deshalb interessant, wegen des frühzeitigen Auftretens (kurz nach der Geburt bemerkt), wegen der langdauernden ausgedehnten Ulzeration und wegen der hochgradigen Kontraktur und Atrophie des Beins.

Chrzelitzer-Posen.

Weiteres zur Behandlung der Sklerodermie mit Coeliacin, von W. Kölle-Blankenburg a. H. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.) Zu seinem früher (s. d. Ztschr., 1912, Bd. 55, S. 903) veröffentlichten Bericht über einen Fall von hochgradiger Sklerodermie, welcher sehr erfolgreich nach Schwerdt mit Coeliacin behandelt wurde, teilt Verfasser ergänzend mit, daß die Besserung bei nunmehr anderthalbjähriger Beobachtung unter serienweiser fortgesetzter Anwendung des Mittels nicht nur standgehalten, sondern sogar noch weitere höchst beachtenswerte Fortschritte gemacht hat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die verschiedenen Formen des Lupus erythematosus, von Gaucher. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 2.) Der Verfasser unterscheidet vier Formen: 1. den gewöhnlichen Lupus erythematosus, 2. den „lupus acnéique", 3. den Lupus pernio und 4. den generalisierten Lupus erythematosus oder tuberkulöse Erythrodermie. Diese werden im einzelnen beschrieben. A. Gunsett-Straßburg.

Der Lupus erythematosus. Diagnose und Behandlung, von Gaucher. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 7.) Als Allgemeinbehandlung empfiehlt Gaucher folgende Mixtur: Sir. jodo-tannic. 300,0, Calcium phosph. 15,0, Liq. Pearson 10 g, für Erwachsene zweimal täglich ein Eßlöffel. Lokal empfiehlt er Jodpinselungen (Tct. Jodi, Acid. acetic. āā oder Jodi puri 4,0, Kalii jodati 8,0, Aq. dest. 30,0), ferner 2—5%ige Salizylsalbe oder Pflaster von Spiritus und Sapo kalin. āā. In hartnäckigen veralteten Fällen muß zur linearen Skarifikation gegriffen werden. Gute Erfolge geben auch Finsenbehandlung, Röntgenstrahlen und Hochfrequenzströme. A. Gunsett-Straßburg.

Lupus erythematosus und Raynaudsche Krankheit, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (Amer. Journ. med. scien., Dez. 1912.) Verfasser berichtet über ein 24jähriges Fräulein, welches gleichzeitig ausgesprochene, an den Händen und Füßen lokalisierte Symptome der Raynaudschen Krankheit und auch deutliche, wenn auch gelindere Läsionen von L. erythematosus aufwies. Letztere Affektion war zunächst am rechten Ohr lokalisiert, im Laufe der sich auf einen Zeitraum von etwa 1¼ Jahr erstreckenden Beobachtung traten aber noch an beiden oberen Augenlidern Lupusläsionen hervor, und die Zeichen der Raynaudscher Krankheit zeigten vielfach heftige Exazer-

Digitized by Google

bationen. Patientin ging an interkurrentem Gesichtserysipel und Endokarditis zugrunde. Verfasser meint, daß den beiden Leiden eine gemeinsame Ursache zugrunde liegen dürfte, etwa eine Toxämie, und er stützt seine Auffassung durch eine Reihe von ähnlichen in der Literatur verzeichneten Mitteilungen anderer Verfasser.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur rationellen Behandlung der Vitiligo, von D. Vassilidès-Athen. (Arch. f. phys. Med. und phys. Technik, Bd. 7, H. 2.) Nachdem Verfasser bei der Behandlung der Sklerodermie mit Hochfrequenzströmen gute Erfolge sah, versuchte er dieselben auch bei Vitiligo. Von zwölf behandelten Fällen wurden zehn radikal geheilt, bei den beiden anderen (der eine war sehr veraltet, der andere betraf ein hochbetagtes und sehr geschwächtes Individuum) wurde ebenfalls eine bedeutende Besserung erzielt. Die Behandlung erfolgte mit einer flachen, monopolar an den Oudin-Resonator angeschlossenen Vakuumelektrode. Jede Stelle soll zwei Minuten mit der Elektrode in Berührung sein, Funkenbildung soll vermieden werden. Bei täglichen Sitzungen sollen dieselben nicht über acht Minuten dauern. Die kürzeste Behandlungsdauer beträgt zwei Monate.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein klinischer Vortrag über Myxödem, von W. H. Whide-London. (Lancet, 18. Jan. 1913.) Enthält nichts Neues. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Häufigkeit der Varizen am Unterschenkel bei Japanern und der Erfolg einiger operativ behandelter Fälle, von K. Miyauchi-Tokio. (Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. 100, H. 4.) Die Japaner leiden weniger an Varizen wie Deutsche. Das liegt einerseits an der verschiedenen Körperlänge der beiden Rassen; ferner die mehr sitzende eigenartige Lebensweise der Japaner. Hierbei werden die Unterschenkelvenen nicht gedrückt, und infolgedessen werden im Gebiete derselben venöse Stauungen nie hervorgerufen. Die operative Behandlung besteht in der Unterbindung des Saphenastammes mit der Exstirpation einzelner erweiterter Stellen oder in der Exstirpation eines mehrere Zentimeter langen Stückes der Vene. Chrzelitzer-Posen.

Beiträge zur operativen Behandlung der Venektasien der unteren Extremität, von Paul Kuzmik-Budapest. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 84, H. 1.) Die Venektasien der unteren Extremität mit ihren Begleiterscheinungen: Unterschenkelgeschwüren, Elefantiasis usw., sind seit der Zeit des Hippokrates als Crux medicorum der Gegenstand zahlreicher therapeutischer Maßnahmen gewesen; jedoch erst die neuere Zeit konnte dank der Asepsis an die großen operativen Verfahren, wie dieselben in der vorliegenden Arbeit beschrieben worden sind, heranzugehen wagen, und — wenn auch noch keine idealen — so doch sehr ausgezeichnete Erfolge zeitigen. Im Rahmen eines Referates lassen sich die genialen Methoden Madelungs, Trendelenburgs, Delbets und des Verfassers nicht beschreiben oder kritisch beleuchten. Der Verfasser hat in 155 Fällen operiert, und nur in drei Fällen Rezidive gesehen, sonst Ausgang in Heilung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, und zwar in kurzer Zeit. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Vor kurzem wurde mittels Kgl. Verordnung eine **neue Fakultätsordnung für die bayerischen Universitäten** erlassen. Nach dieser besteht jede Fakultät aus einer engeren und einer weiteren Fakultät; erstere umfaßt die o. Professoren, letztere alle Professoren und Dozenten überhaupt. Die etatsmäßigen a. o. Professoren, die ein sonst nicht an der Fakultät vertretenes Sonderfach inne haben oder ein Universitätsinstitut leiten, haben in Angelegenheiten ihres Faches oder Institutes Sitz und Stimme in der

Digitized by Google

engeren Fakultät, also insbesondere bei Promotionen, wenn die Dissertation diesem Sonderfache angehört, Berufungsverhandlungen dagegen insoweit, als es sich um die Nachfolge des a. o. Professors handelt. Jedes Mitglied der weiteren Fakultät hat in seinen eigenen Angelegenheiten ein Recht auf Gehör in der engeren Fakultät. Eigene Angelegenheiten im Sinne dieser Bestimmung sind solche, die die Person eines Lehrers, seine Lehrtätigkeit oder das von ihm geleitete Universitätsinstitut betreffen, ausgenommen Berufungs- oder Beförderungsangelegenheiten oder die Erteilung von Lehraufträgen.

Betrifft die Beschlußfassung in der engeren Fakultät eigene Angelegenheiten, so ist der Beteiligte vorher in Kenntnis zu setzen oder auf Wunsch zur Darlegung seines Standpunktes in eine Fakultätssitzung zuzulassen; der gefaßte Beschluß ist ihm zuzustellen. Mindestens einmal im Studienjahre, ferner auf schriftlichen Antrag von zehn Mitgliedern der weiteren Fakultät hat der Dekan eine Versammlung der weiteren Fakultät zu berufen, in welcher Wünsche und Anregungen vorgebracht werden können; doch sind Berufungs- und Beförderungsangelegenheiten, sowie die Erteilung von Lehraufträgen von der Besprechung ausgeschlossen. Zu den in dieser Versammlung gefaßten Beschlüssen hat die engere Fakultät Stellung zu nehmen.

Nachdem vor einiger Zeit in Württemberg die Rechte der Extraordinarien wesentlich erweitert worden sind und die dermatologische Lehrkanzel zu Straßburg i. E. in ein Ordinariat umgewandelt worden ist — nicht zu reden von der zurzeit völligen Gleichberechtigung sämtlicher Vertreter der Dermatologie in Österreich (selbst an den tschechischen und polnischen Universitäten!) mit den Ordinarien — ist es dieser Reformaktion Süddeutschlands gegenüber doppelt unverständlich, wenn die Staaten, die „in Deutschland voran" stehen, nämlich Preußen und Sachsen, vorerst noch wenig, beziehungsweise gar nichts nach dieser Richtung hin getan haben.

In Karlsbad findet vom 28. September bis 4. Oktober ein Vortragszyklus **„Balneologie und Balneotherapie"** statt. Aus den fast alle Gebiete der praktischen Medizin betreffenden Vorträgen sind hier hervorzuheben: Riehl-Wien, Hautkrankheiten und Syphilis; R. Kutner-Berlin, Blasen- und Nierenleiden; Falta-Wien und Dautwitz-St. Joachimstal, Demonstration des Radiuminstitutes in St. Joachimstal. — Teilnehmerkarten (10 Kronen) sind vom Kuramte in Karlsbad zu beziehen.

San.-Rat Dr. Wilhelm Wechselmann, dirigierender Arzt der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin, hat den Professortitel erhalten.

Dr. Hans Königstein, Assistent der zweiten Syphilisabteilung im Allgemeinen Krankenhause in Wien (Primararzt Prof. S. Ehrmann) hat sich als Privatdozent für Geschlechts- und Hautkrankheiten habilitiert.

Der bisherige Oberarzt Dr. Gustav Stümpke ist als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Geh.-Rat Fischer zum Leiter der dermatologischen Abteilung am städtischen Krankenhause II in Hannover-Linden ernannt worden.

Der Direktor der Landesanstalt Colditz in Sachsen, Obermedizinalrat Prof. Paul Naecke, unser auf dem Gebiete der Sexualforschung bekannter Mitarbeiter, ist gestorben.

Geh. Med.-Rat Prof. Robert Rieder-Pascha, Leiter der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Bonn und bekannt durch seine Untersuchungen zur Histologie der Syphilis, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. September 1913 | Nr. 38 | Band 57

Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 und 1495.

Der Brief des Scillacio und der Reisebericht des Monetarius

untersucht von

Geh. Med.-Rat Prof. Karl Sudhoff,

Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig.

Durchliest man mit Aufmerksamkeit und kühler kritischer Ruhe die zwölf Seiten, welche in Iwan Blochs „Ursprung der Syphilis" über die Syphilis in Spanien handeln[1]), und überdenkt man zum Schlusse das Gesamtergebnis, so erschrickt man förmlich vor dessen Dürftigkeit, auch wenn man Angaben des Ruy Diaz de Isla und des Gonzalo Fernando de Oviedo y Valdés hinzurechnet, die aus den Jahren 1539 und 1525 stammen, also für ernsthafte Historiker zunächst gar nicht in Betracht kommen für ein angebliches Ereignis des Frühjahrs 1493 bis zum Frühjahr 1495, höchstens als immerhin beachtenswerte Zeugen gegen die Behauptung Blochs, daß die Syphilis schon früh, „gleich im Anfang in Sevilla" indische Flechte, „Scrampion de las Indias" genannt worden sei. Beide berichten kein Wort davon[2]), trotzdem Diaz lange Jahre in Sevilla als Arzt praktiziert hat und Oviedo häufig in dieser Stadt, als am Sitze des Consejo supremo de las Indias, sich aufhielt. Blochs Zeugnisse für diese Bezeichnung stammen aus den Jahren 1580 und 1585, fast ein Jahrhundert nach der Landung des Kolumbus bei seiner Heimkehr von den Antillen in Palos am 15. März 1493[3]) oder dem Einzug in Barcelona Mitte oder Ende April des gleichen Jahres[4]).

Wenn Bloch dann weiter berichtet, daß „schon" 1497 und 1498 die Syphilitischen zu Sevilla in den Spitälern Aufnahme finden mußten und 1503 oder gar 1501 schon ein eigentliches Syphilishospital errichtet worden war, so vermag uns das heute nicht mehr besonders zu imponieren, seit wir gleiches aus den nämlichen Jahren und selbst jahrelang vorher aus Freiburg im Breisgau, aus Straßburg, aus Frankfurt a. M. aus Nürnberg, aus Augsburg usw. wissen.

[1]) Jena 1901, S. 231—242. — [2]) Daß Bezeichnungen wie „Scabies indica" nach dem „Erfolg" der Guajakkuren und der umfassenden Reklame, die für diesen Importartikel gemacht wurde, seit 1517 ganz allmählich (!) sich einbürgerten, ist selbstverständlich und bei der Frage nach der Herkunft der Spirochätenseuche keines Wortes wert. — [3]) Sophus Ruge, Geschichte des Zeitalters der Entdeckungen, Berlin 1881, S. 260. — [4]) Ebenda.

Digitized by Google

Es folgt darauf noch der Bericht des Nicolò Scillacio aus Barcelona, die erstaunliche Konstatierung, daß „schon am Ende des 17. (!) Jahrhunderts“ [1]) fast alle Familien Spaniens von der Syphilis durchseucht waren, und — ein Exkurs über das Alter des Namens Amerika. Ich glaube nirgends auf Widerspruch zu stoßen, wenn ich dies Ergebnis als tatsächlich erschreckend dürftig bezeichne!

Aber der Brief des Scillacio! Bloch verwendet sechs Druckseiten auf seine Besprechung. Ich habe ihn in meinen „Erstlingen der Syphilisliteratur“ bereits kurz gewürdigt [2]), indem ich seinen Papienser Originaldruck vom 9. März 1496 zum ersten Male in Faksimile reproduzierte [3]). Der Verfasser war Lektor der Philosophie zu Pavia — „philosophiam in gymnasio Papiensi florentissimo legentem“ nennt er sich selbst im Schlußworte — und hatte vor kaum Jahresfrist den medizinischen Doktorhut dazu errungen; von seiner literarischen Beschäftigung mit der Medizin gibt aber schon sein bekanntes Vorwort [4]) zur Papienser Erstedition der „Rosa Anglica“ 1492 Kunde, die freilich nicht mehr darstellt als den einfachen Abdruck einer zufällig zuhanden gekommenen Handschrift. Daß der Brief dieses Sizilianers Scillacio wirklich aus dem Jahre 1495 stammt und nicht, wie es aus Unkenntnis der Grundlagen der Paläographie bei den Medizinhistorikern fast ein Jahrhundert lang geheißen hat, aus dem Jahre 1494, darüber ist weiter kein Wort zu verlieren, das lehrt jeden Sachkundigen der Augenschein meiner Tafel XXIV, wenn aber Bloch S. 236 seines „Ursprungs“ die Überschrift des Briefes, als „nachträglich“ [5]) angebracht, mit vielen Worten etwas zu entwerten sucht, so besteht dazu nicht ein Schimmer von Berechtigung. In der titelmäßigen Inhaltsaufzählung auf der ersten Seite des Libells heißt es über den Brief:

„De nouo morbo qui nuper a Galia defluxit.“

Die Überschrift des Briefes selbst aber auf Blatt l_3^v hat, abgesehen von der eigentlichen Adresse, fast völlig den gleichen Wortlaut, jedenfalls den absolut gleichen Sinn:

„Nicolaus ſcyllatius ſiculus Magnifico Umbroſio roſati Comiti Ducali phiſico et aſtronomo ſingulari. De morbo qui nuper e Gallia defluxit in alias nationes.“

---

[1]) Der Zeuge spricht freilich vom Jahre 1733, also doch mehr als ein Dritteljahrhundert später; doch darauf kommt es nicht an. — [2]) „Graphische und typographische Erstlinge der Syphilisliteratur“. München 1912, Fol°., S. 27 f. — [3]) Ebenda Tafel XXIII und XXIV. — [4]) Wieder abgedruckt 1912 von Cholmeley in seinem „John of Gaddesden and the Rosa Medicinae“, Oxford, S. 127—131. — [5]) Auch bei Bloch gesperrt.

Digitized by Google

Diese Überschrift hat der Brief mit größter Wahrscheinlichkeit schon bei seiner Absendung am 18. Juni 1495 getragen, meinetwegen kann S. sie aber auch erst zu Ende des Jahres bei Fertigstellung des Büchleins für den Druck hinzugefügt haben, als er nach Italien zurückgekehrt war; denn was wollte das wohl besagen gegenüber dem Wortlaute des Briefes selbst, der es mit einwandfreiester Bestimmtheit ausspricht, daß die Ärzte der großen Hafenstadt Barcelona — mit denen er besonders viel verkehrte, sagt Bloch [1]) — im Jahre 1495 die Syphilis aus Gallien herleiteten, also von einer Einschleppung aus Haiti oder Kuba durch die paar Matrosen des Kolumbus im April 1493 nichts wußten. Hätte auch nur ganz vereinzelt da und dort von einer solchen Annahme etwas verlautet, der reisende Gelehrte, der seinem früheren Lehrer und erhabenen Gönner offenbar eine recht große medizinische Neuigkeit auftischen zu können sich freute (das zeigt der ganze Wortlaut des Briefes), er hätte sie mit Wonne weiter kolportiert! — Was wollen diesem Zeugnis gegenüber die aufgeputzten Kindheitserinnerungen des als Zeugen mindestens nicht unbefangenen Oviedo besagen, selbst wenn sie nicht der flotten Handelsreklame halber glatt erfunden sein sollten!

Nicolò Scillacio schreibt dagegen:

„Medicos percunctanti [2]) ... novam istam luem ex truculenta Gallia affirmarunt defluxisse ... a Gallis malum S. Menti vocitari vulgus asserit, quo sanctus olim laborasset in vita."

Die Barceloneser Ärzte hatten also die Krankheit schon eine Reihe von Jahren beobachtet, sonst hätten sie nicht schon im Juni 1495 die Erfahrung erworben und zu einer festen Meinung verdichtet haben können: über ein Jahr dauert die Krankheit in der Regel nicht — „annum morbus non excedit". Der Schluß scheint zwingend, und doch ist noch eine andere Lösung möglich. Diese Kenntnis über den Verlauf, über die lange Dauer dieser bei dem Einzelindividuum so plötzlich auftretenden Krankheit war den Barcelonesern von anderer Seite vermittelt, und zwar — sie sagen es ja selbst — aus Südfrankreich. Beide Annahmen, die sich aus dem Tatsachenmaterial direkt ergeben, sind mit dem Antillenimport der Lues gleich unvereinbar. In anderthalb bis zwei Jahren vermag eine solche ärztliche Erkenntnis nicht zu reifen, sie will allmählich errungen sein. Und sollte jemand vielleicht die barocke Idee verfechten wollen, die Matrosen des Kolumbus, die mit den nackten Karaibenweibern

[1]) Was auch recht gut den Wortlaut des Briefes verdeutscht: „cum his [medicis] enim tota illa ferme peregrinatione habui commercia." — [2]) Er posiert ein wenig mit seinem Erstaunen („exhorrui" sagt er weiter oben), hier auf eine neue Krankheit zu treffen bei seiner Ausschiffung: „in incolas multos incidi ea praehensos contagie". Große eigene Erfahrung stand ihm ja als neugebackenem Doktor nicht zu Gebote.

Digitized by Google

geschlechtlichen Verkehr pflogen, hätten außer der unappetitlichen Krankheit von ihnen, deren Sprache sie nicht verstanden, auch die Aufklärung erhalten, die Bescherung dauere ein Jahr, länger nicht, so würden sie bei der Weitergabe dieser „Tatsache" an die Barceloneser Ärzte doch auch die Herkunft der „indischen Krätze" enthüllt haben. Darüber läßt sich ernsthaft gar nicht reden.

Wie will man denn aber ernsthaft sogar mit einer solchen Blindheit der ganzen Schar der Ärzte und Wundärzte einer großen Hafenstadt rechnen, wo man, durch eindringliche epidemiologische Tatsachen belehrt, nun schon seit mehr als einem Jahrhundert auf die Einschleppung der einen oder der anderen „Pest"form durch die Mannschaften der Handelsschiffe ein wachsames Auge zu haben sich gewöhnt hatte? Sollte diese Ärzteschaft samt und sonders die Einschleppung einer neuen Krankheit durch die Mannschaften des Kolumbus und Pinzon übersehen haben? Nein, das kann kein Mensch annehmen, der Zeit und Ärzte am Ende des 15. Jahrhunderts auch nur in bescheidenem Maße kennt. Und obendrein noch eine so auffällige Krankheit, wie diese foudroyant um sich greifende Tropenlues damals gewesen sein soll, in deren Schrecken die Syphilisamerikanisten förmlich schwelgen!

Daß die Krankheit dem Scillacio völlig neu war, daß er in Italien also nichts Ähnliches gesehen hatte, will nichts besagen: er hatte wohl einige literarische Kenntnis von den Lehren der Medizin, ärztliche Erfahrung aus eigener Praxis mangelte ihm aber völlig; nennt er sich doch auch selbst Dozent der Philosophie in Pavia. Seine Schilderung ist die erste, die in Druck kam, und trotz ihrer vielen Mängel beachtenswert. Und sie wird sicher mehr Beachtung gefunden haben, als man bisher angenommen hat, wenigstens in Italien, wo man von April oder Mai 1496 an allenthalben „Syphiliserkrankungen" in den Chroniken begegnet[1]), zeitlich also im direkten Anschluß an das Büchlein des Messinesen Scillacio und, man kann wohl sagen, auch sachlich nicht allzuweit von ihm abweichend, wenn auch in einem Punkt etwas weitergehend, insofern aus der Tatsache, daß die Krankheit, da sie an den Geschlechtsorganen ihren Anfang nimmt, erwachsene Frauen und Männer befällt und durch Berührung (Kontagion) infiziert[2]), der Schluß schon gezogen ist, daß sie durch unreinen Beischlaf weiter verbreitet werde. Das durch Scillacio isoliert Hervorgehobene, von ihm nicht voll Erfaßte, jedenfalls nur un-

[1]) Vgl. meine „Italienische Zeitgenossen und Chronisten über den Ausbruch der Syphilis" 1495 bzw. 1496. Medizinische Klinik, 1913, Nr. 19—22, und „Weitere Chronisten und Zeitgenossen über den Ausbruch der Syphilis 1495 in Italien". Ebenda, Nr. 32. — [2]) „Ab obscoenis saepius incipit, mox per universum corpus diffunditur. Sensere id malum maxime feminae et viri; contactu inficit vicinos."

Digitized by Google

vermittelt nebeneinander Gestellte, scheint also mit gesundem Sinne zusammengefaßt worden zu sein; anderweitige historische Beobachtungen, auf die ich hier nicht eingehe, haben mich belehrt, daß in Frankreich diese Erkenntnis sich schon seit Jahrzehnten durchgesetzt hatte[1]), im Dirnenmilieu schon Gemeingut dieser und der Chirurgenkreise geworden war und nun auch in sonstigen Gesellschaftskreisen bekannt wurde und sich durchsetzte — für die literarische Erforschung der Medizingeschichte freilich durch die arabistisch-gräzistische Schuldoktrin großenteils verdeckt wurde, die sich an dieser Wahrheit von der Gasse zunächst meist scheu oder überheblich vorüberdrückte.

Wie die Durchsicht der Chroniknotizen Italiens ergibt, weist auch dort alles auf Frankreich hin als Ursprungsland der neuen Syphiliskenntnis, nicht am wenigsten die Bezeichnung „variola grossa", die in geringen Varianten immer wiederkehrt[2]). Freilich trübt dort die hölzerne Koinzidenz mit dem Franzoseneinfall im Heere Karls VIII. und die dadurch weit verbreitete Abneigung gegen die Eindringlinge schon früh den Blick, wie die nicht minder auffallende Gleichzeitigkeit des Bekanntwerdens der Lues mit der Rückkehr der beiden Schiffe des Genuesen Colon vielen Syphilishistorikern das Urteil verwirrt hat. In Italien hat das gedruckte Wort vom „novus morbus, qui nuper a Gallia defluxit" auf dem Titel des Libells des Nicolò Scillacio im März 1496 endlich an die Oberfläche der lauten Öffentlichkeit getrieben, wovon man schon seit einigen Monaten oder selbst Jahren zu sprechen begonnen hatte, was die Ärzte, die in der Praxis der Städte standen, einmal aufmerksam geworden, überall in vereinzelten, durch die intensivere Beobachtung sich täglich mehrenden Fällen als vorhanden konstatieren und zugeben mußten. Die Stimmen, die behaupteten, das sei aber schon länger so zu beobachten gewesen, verhallten zunächst in dem Chor vom „novus morbus" und wagten sich schließlich nur in der wissenschaftlichen Verbrämung gelehrter, aber geläufiger arabistischer oder gräzistischer Krankheitsbezeichnungen ans Licht, mit denen man sich heute noch bei den Historikern mit einem übel angewendeten Aufwand von Gelehrsamkeit herumschlägt[3]).

---

[1]) Das habe ich in meinem Vortrag über den „Ursprung der Syphilis" auf dem Londoner Kongreß klar hervorgehoben. (Gedruckt bei F. C. W. Vogel in Leipzig eben erschienen. Zusatz bei der Korrektur.) — [2]) Vielleicht weist das „lupini grassioris" des Scillacio auch in diese Richtung. — [3]) Es scheint doch viel Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, daß das „mentagra" aus der Zeit des Tiberius (Kußpropagierung der Lues??), das Scillacio schon als Parallele heranzieht und das dann immer wieder genannt wird in der Frühliteratur der Syphilis, auch schon vorher mit ihr in Südfrankreich in Zusammenhang gebracht worden war und als „malum menti" zu der Volksbezeichnung „Malum Sancti Menti" Veranlassung gegeben hatte. An auf allerhand Umwegen eingeschwärzten Krankheits-„Heiligen" ist ja auch sonst kein Mangel!

Digitized by Google

Doch ich breche ab! Wie die Anschauungen in Ärztekreisen einer Hafenstadt Spaniens im Jahre 1495 waren, das zeigt uns der Brief des Papienser Dozenten in Blitzlichtbestrahlung in schärfsten Umrissen. Man glaubt es zwischen den Zeilen zu lesen, daß bei den Barceloneser Ärzten die Beschäftigung mit diesen Dingen gleichfalls erst von gestern her datierte, daß also die zweite der oben geäußerten Vermutungen die Wahrheit trifft, ihr durchaus nicht unbeträchtliches Wissen über Verlauf, Krankheitsbild und Ätiologie der Syphilis sei südfranzösisches Lehngut gewesen, das der auf der Reise befindliche Dr. phil. et med. Scillacio aller Welt in seinem Briefe kund tat. Zur Bestätigung dieser Vermutung wäre freilich nichts wünschenswerter als die Kenntnis von der Lage der Dinge im übrigen Spanien im Frühjahr 1495 und in Barcelona selbst in den Jahren vorher.

Die erstere Kenntnis wird sich vielleicht durch eingehende Durchmusterung spanischer Chroniken gewinnen lassen; mit größerer Sicherheit und Authentizität vielleicht aus den Originalakten der spanischen Städte des ausgehenden 15. Jahrhunderts. Völlig unerfüllbar scheint von vornherein das zweite Postulat. Und doch dünkt mich eine wichtige Aufzeichnung aus den Jahren 1494 und 1495 gerade in diesem Punkte die unerwartete Befriedigung unserer Wißbegierde zu bieten, der Reisebericht eines deutschen Arztes, der Spanien just in diesen Jahren durchzog, worüber schon lange in der gedruckten Literatur Andeutungen veröffentlicht sind, ohne daß ein Historiker der Epidemien dieser Spur nachgegangen ist. Das soll nun in aller Kürze im folgenden nachgeholt werden für Barcelona und für das übrige Spanien und Portugal, für welche Länder man gerade für die Jahre 1494 und 1495, in denen diese Reise stattfand, eine schwere Initialepidemie der aus Westindien eingeschleppten Syphilis aus epidemiologischem Gesichtspunkte geglaubt hat erschließen zu müssen, der amerikanischen Ursprungstheorie der Syphilis zu Liebe. — Aber das historische Aperçu ist nicht immer ein verlässiger Wegweiser; es muß sich manch harte Korrektur durch die Tatsachen gefallen lassen!

Unter den vielen wertvollen Handschriften der berühmten Bibliothek des Nürnberger Arztes Dr. Hartmann Schedel, welche heute durch den Ankauf eines klugen und wohlberatenen Fürsten aus dem Hause Wittelsbach, des Bayernherzogs Albrecht V. (1550—1579), die Königliche Hof- und Staatsbibliothek zu München besitzt[1]), hat uns der fleißige Büchersammler das Reisetagebuch eines Freundes und Berufsgenossen aufbewahrt,

---

[1]) Vgl. Stauber-Hartig, die Schedelsche Bibliothek, Freiburg i. B., 1908, S. X.

Digitized by Google

in eigenhändiger gleichzeitiger Abschrift der charakteristischen Züge seiner Hand. Es füllt die Quarthandschrift Cod. lat. 431 von Blatt 96 ab und schildert dort in ziemlichem Latein die Reise Münzers nach Spanien 1494/95.

Hieronymus Münzer gen. Monetarius ist um die Mitte des 15. Jahrhunderts im Städtlein Feldkirch, nahe dem Einfluß der Ill in den Rhein, vier Stunden oberhalb des Bodensees geboren, studierte in Pavia und errang dort 1478 den Doktortitel der Medizin. In Nürnberg ließ er sich direkt danach als Arzt nieder und hat dort noch im gleichen Jahre „1478, Sabb. ante trinitatis" (16. Mai), zusammen mit dem literarisch schon bekannten Dr. Johann Fink[1]) „Des practicirens vnd Hiewesens halb Pflicht vnd aide gethan nach Laut der Ordnung", d. h. den Bestimmungen der Nürnberger Ärzteordnung durch Eid vor dem Rate der Stadt Genüge geleistet. Er und sein dem Handelsstande angehöriger Bruder Ludwig, der gleichfalls in Nürnberg sich angesiedelt hatte, kam dort zu Reichtum und stand zu den Patrizierfamilien der Stadt in besten Beziehungen, nicht minder zu der literarischen Welt, z. B. zu Konrad Celtis, den Vettern Schedel und Hieronymus Holzschuher, dem er seine Tochter Dorothea zur Ehe gab. Monetarius genoß besonders durch seine astronomischen Kenntnisse ein gewisses Renommee. Eine städtische Anstellung hatte Münzer niemals inne, trotzdem interessierten ihn die hygienischen Fragen, wie seine Abhandlung: „De natura vini et vinis facticiis" dartut, die Hartmann Schedel (im Cod. lat. 456, der Münchener Hofbibliothek Bl. 139 bis 158) uns aufbewahrt hat. Auch das Pestkonsilium, das er mit den Doktoren Hermann und Hartmann Schedel und Johannes Kramer zweifellos im Jahre 1487 im Auftrage des Rates der Stadt verfaßt hat[2]), zeigt seine geachtete Stellung in der Bürgerschaft.

Ein besonderes Interesse besaß Dr. Hieronymus Münzer aber für Länder- und Völkerkunde und galt als „Autorität auf dem Gebiete der Geographie", die er durch größere eigene Reisen nicht nur für sich selbst, sondern auch für die Allgemeinheit zu fördern bestrebt war, durch eigene Aufzeichnung und durch zahlreiche Mitteilungen aller Art an Hartmann Schedel für dessen berühmte „Weltchronik". Da über Münzers geographische Leistungen schon gehandelt worden ist[3]) und bei der in

[1]) Über Johann Vinck (Fink) vgl. Paul Lehmann, Haushaltungsaufzeichnungen eines Münchener Arztes aus dem 15. Jahrhundert. Sitzungsberichte d. K. Bayer. Ak. d. W., Phil. hist. Kl., Jahrg. 1909, 5. Abh., S. 45/46; Sudhoff, Stud. z. Gesch. d. Med., H. 9, S. 89 und 122. — [2]) Vgl. mein Studienheft 9: Aus der Frühgeschichte der Syphilis. Leipzig 1912. S. 25—27. — [3]) Friedrich Kunstmann, Hieronymus Münzers Bericht über die Entdeckung von Guinea mit einleitender Erklärung. Abh. d. Histor.-

Digitized by Google

nächster Zeit zu erwartenden Herausgabe des spanischen Teiles seines Reiseberichtes erneut darauf eingegangen werden wird, kann ich alles Weitere hier übergehen.

Hieronymus Münzer ist seinem Freunde Hartmann Schedel im Tode am 27. August 1508[1]) vorausgegangen. Von besonderem ärztlichem Interesse ist die Motivierung seiner beiden größeren Reisen; beidemal, 1484 und 1494, war eine herannahende Pest, welche für den praktischen Arzt naturgemäß die größte Infektionsgefahr bot, die Ursache. Durch kein Amt gebunden und mit seiner Praxis vorwiegend auf die Aristokratie Nürnbergs beschränkt, die doch sofort beim Auftreten der Pest samt den Behörden die Stadt verließ[2]), ging er beidemal auf Reisen, wie er völlig harmlos und mit naiver Selbstverständlichkeit im folgenden Vorwort seines spanischen Reiseberichtes erzählt; Frau und Kind ließ er zu Hause; bei denen war die Infektionsgefahr ja gering, da sie sich in ihren vier Pfählen halten konnten.

Prefatio Doctoris Hieronimi Monetarij ex Nuremberga in Itinerarium et Peregrinationem, quam fecit tempore pestilentie anno salutis 1494 ad Hispanias et Gallias et totam Europam occidentalem[3]).

. . [Einleitende Auseinandersetzung über Wert und Nutzen des Reisens an Beispielen anderer Gelehrter erläutert.] . . Cum igitur hos preclarissimos viros tamquam prepositi mei principes haberem, anno sexto doctoratus mei in facultate medica Papie, invalescente epidemia in laudabili superioris Germanie emporio Nüremberga, in qua fortuna accidente me medica facultate conseruaueram, anno salutis dominice 1484, quodam timore contagiose pestilencie perculsus, occurebat, illum minime in bello et peste mori, qui in eis non esset, fugaque proposita, ne dies meos inercie darem, in diebus Septembris prefati anni Nurembergam exii per Sueuiam Germanie et superatis alpibus, quibus Ytalia a Germania scinditur, in agrum Mediolanensem veni . . . Nurembergam 24. Januarij Anno salutis 1485 sanus

---

Klasse d. K. Bayer. Ak. d. W., München 1855, Bd. 7, S. 289—362; A. Ruland, Der Besuch des Nürnberger Arztes Hieronymus Münzer bei Bischof Rudolph v. Scherenberg in Würzburg 1495. Archiv d. Hist. Vereins v. Unterfr. u. Aschaffenburg, Würzburg 1858, Bd. 14, H. 3, S. 215—226; Frommann, Dr. Hieronymus Münzer. Anz. f. Kunde d. dtsch. Vorzeit, N. F., 26. Jahrg., 1876; R. Stauber, Die Schedelsche Bibliothek, Freiburg i. B., 1908, S. 88 ff. u. ö. H.; Grauert, Die Entdeckung eines Verstorbenen, zur Gesch. d. groß. Länderentdeckungen. Hist. Jahrb., Jahrg. 1908, Bd. 29, S. 304 bis 333; O. Hartig, Der Brief des Dr. Hieronymus Münzer vom 14. Juli 1493 über die Westfahrt nach Kathay. Ebenda, S. 334—337. — [1]) Dr. Hartmann Schedel notiert darüber in Clm. 624: „Isto die 27. obiit doctor Hieronymus Monetarii die penultima in aurora, dominica die et sepultus in cimiterio sancti Sebaldi ante januam, ubi intronizantur sponse, cuius anima requiescat in pace. Anno domini 1508." — [2]) Vgl. Sudhoff, Syphilis und Pest in München. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 26. — [3]) Clm. 431. Bl. 97r—99v.

Digitized by Google

et incolumis, inuenta uxore et familia domoque tota mea salua redij ... Postea Anno salutis 1494 suboriente noua pestilencia antiquum remedium de fuga volens querere, denuo cogitando mihi quosdam ingenuos adolscentes, mercatorum opulentorum filios, qui et ytalicam et gallicam linguam callebant, Anthonium Herwart de Augusta et Casparem Fischer et Nicolaum Wolkenstain: hos inquam itineris mihi comites elegi. Et secunda Augusti prefati anni Nurembergam exij, per Sueuie preclara oppida, Nordlingen, Vlmam, Bibracium, Raphaspurgum, Constanciam, Martini quinti et Sigismundi Cesaris sinodo inclitam, deinde per Eluetiorum tractus, ut Duregum hodie Zurich, limina Marie virginis in loco Heremitarum accessi, deinde per termas calidas Paden ad Limagum fluvium situs, in quibus nos ablueramus, ad antiquissimum opidum Solaturn et Bernam Eluetiorum primarias urbes pedem vertentes, respectaque populari Eluetiorum re publica, Germanie fines egredientes ad opidulum Morthen, inclitum clade Karoli Burgundiorum ducis, diuertimus. O quanta strages inibi facta est hominum! Plusquam 24 miliarum hominum de exercitu Burgundiorum ... clade facta. Incredibile est de ea re narrare, nisi quis tanta hostium cesorum ossa cerneret, que subtus paululum signaui[1]). Visa itaque illa ymagine mortis, tot hominum cristianorum animo quasi consternati, pedem ad Friburgum Allobrogorum vrbem diuertimus, que olim tota lingua gallica, nunc in maiori parte germanica utitur. Iterum per nemorosum saltum equitantes ad primam Allobrogorum civitatem Losanam, episcopali sede decoratam, diuertimus et per ripas Lacus Gebennarum vrbem diuertimus uel venimus, ciuitatem inquam inclitam et Allobrogorum insigne emporium et multorum sanctorum miraculis celebrem olim a Gebenno Numantino in Hispania exule conditam, vt in sequentibus videbis. In eo ducatu Sabaudiensi nunc principatum habet Cristoferus dux Sabaudie, cui Anna filia Regis Maximiliani matrimonio iuncta est, que prius filio regis Hispanie nupta fuit. Notaui autem, ut res casu obtulit, insigniora loca, ritus et populi ciuilitatem in Gallia Lugdunensi, Narbonensi et omni Hispania, ut comitatu Barcilonensi, regno Valencie, Granate, Castelle, Arrogonie, Nauerre, Gallie Aquitanie, Belgice, Normandie, Picardie et tocius Alemanie basse usque in Rheni superioris Germanie ciuitatem, ut videbis in sequentibus.

Wie er es also schon 1484 gehalten hatte, als er bei herannahender Pest seinen Wohnsitz und seine ohnehin gleichfalls flüchtenden Klientel verließ und eine wissenschaftliche Reise unternahm, die ihn vom September 1484 bis 24. Januar 1485 durch die Lombardei, Ligurien, die Emilia, Toskana, Umbrien, Latium, Kampanien, die Marche, Romagna, Venezien, Tirol usw. führte, so faßte er auch im Sommer 1494, als eine Pestepidemie von Süden heranrückte, die ich in ihrem Wüten in München und Nürnberg nach den Stadtakten anderwärts zu skizzieren versucht habe[2]), den Entschluß der Gefahr, die den Arzt ganz besonders bedrohte, aus dem

[1]) Er kann sich im Texte seiner Reise gar nicht genug tun mit den Schrecken dieser Knochen- und Schädelmassen im Beinhause bei Murten. — [2]) Syphilis und Pest in München. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 26. — Die ersten Maßnahmen der Stadt Nürnberg gegen die Syphilis 1496—1497. Arch. f. Derm. u. Syph., 1913, Bd. 116, S. 26ff.

Digitized by Google

Wege zu gehen und mit drei Patriziersöhnen aus Augsburg und Nürnberg eine Reise durch die ganze Pyrenäenhalbinsel, Frankreich, die Niederlande und die Rhein- und Maingegend zu unternehmen[1]), die er am 2. August 1494 antrat. Eine solche Seelenverfassung eines Arztes mutet uns so ungefähr wie Fahnenflucht vor dem Feinde an, aber die Verhältnisse waren wirklich andere als heute, und auch die Menschen. Hat sich doch noch $2^1/_2$ Jahrhunderte später der große Giovanni Battista Morgagni aus Ansteckungsbefürchtung der Sektion an Infektionskrankheiten Verstorbener enthalten.

Die Reise des Monetarius ging durchs Ries und Schwaben nach Konstanz, Zürich, Solothurn, Bern, Lausanne, Genf, Lyon, Vienne, Avignon, Marseille, Arles, Montpellier, Narbonne und überschritt bei Perpignan die Grenze von Arragonien am 19. September. Über Garona traf er am 21. September in Barcelona ein, wo er bis zum 26. verweilte. Über Montserrat, Tortosa, Villareal traf er am 5. Oktober in Valencia ein, das im Handel damals Barcelona zu überflügeln begann. Am 9. Oktober trat er die Weiterreise an, die ihn nach Alicante, Orihuela in Kastilien hinein führte über Almeria, Guadix und nach Granada (22. Oktober), wo er fünf Tage verweilte. Über Malaga, Sevilla ging er dann nach Lissabon (26. Nov.), wo man sich sechs Tage aufhielt, um dann weit nach Norden nach Coimbra und San Jago de Compostela zu reiten und dann nach Südost umbiegend Benavente, Zamora (2. Jan. 1495), Toledo zu besuchen und vom 17.—25. Januar 1495 zu Madrid zu rasten. Über Guadalajara, Zaragoza (sechs Tage Aufenthalt) führte die Reise nach Pamplona und dann durch Frankreich über Toulouse, Orleans und Paris, Rouen und zu den Niederlanden (Brügge, Mecheln usw.), Rheinauf nach Worms (9. April) Frankfurt, Würzburg. Am 15. April 1495 traf er wieder in Nürnberg ein. Doch uns interessiert hier für diesmal nur Spanien. Allenthalben hatte der noch jugendliche Arzt auf seinen weiten Ritten und langen Stadtdurchwanderungen den Blick offen. Besonders die epidemischen Verhältnisse hatte er scharf im Auge[2]). War er doch von der Heimat weggeritten, um den schlimmen Epidemienzügen aus dem Wege zu gehen; so paßte er denn auch allenthalben auf verdächtige Nachrichten, um rechtzeitig seine Reiseroute danach einzurichten. Es war aber hier im Südwesten Europas fast überall volle Freiheit von epidemischen Krankheiten.

[1]) Wie Dürer 1520, der anrückenden Pest ausweichend, nach den Niederlanden zog. — [2]) Daß er mit den spanischen Ärzten allerorten, wo seine Reise ihn hinführte, verkehrte, sagt er zwar nicht ausdrücklich. Das ist aber bei ihm auch ganz selbstverständlich; dadurch daß Scillacio dies hervorhebt, dokumentiert er eben sein Anfängertum.

Digitized by Google

Zum erstenmal findet er Gelegenheit, Einschlägiges in sein Tagebuch zu notieren in Montpellier am 15. September 1494:

Postea venimus ad collegia scolarium medicine et utriusque juris, que erant clausa propter absenciam doctorum et scolarium ex imminente pestilencia. Nam a mense May, Juny, July, Augusti plusquam 5000 hominum pestilentica clade perierant[1]).

Die berühmte Hochschule findet er geschlossen. Auch hier hatte die Pest gewütet und im Frühjahr und Sommer fünftausend Menschen (wohl nicht in dem Städtchen Montpellier allein, sondern auch weiterhin gerechnet) dahingerafft. Die Pest muß aber damals doch schon völlig erloschen gewesen sein seit längeren Wochen; sonst hätte der vorsichtige und erfahrene Arzt die Stadt sicher überhaupt nicht betreten, wie er es vierzehn Tage später mit Tortosa zwischen Montserrat und Alicante machte, worüber der Reisebericht folgendes besagt:

Secunda Octobris [1494] mane per duas leucas super ripa[2]) descendentes ad antiquissimam ciuitatem Tortosam venimus, sed propter pestilenciam non ingressi per latissima et plana deserta ad miliaria 6. ad castellum Laganam[3]) maxime equitantes venimus[4]).

In Montpellier hatte er offenbar seinen Aufenthalt nach Möglichkeit abgekürzt und Tortosa vermied er überhaupt zu berühren; um so ausgiebiger weilt er in Barcelona (Barcinona, Barcilona), dessen Handel er etwas nachlassend fand wegen vieler Aufstände. Auch der Reisebericht verweilt ausführlich bei dieser Stadt und ihren imposanten Anlagen aller Art, denen er volle fünf Tage schenkte. Von irgend welchen verdächtigen oder ungewöhnlichen Krankheitserscheinungen, die damals zwischen dem 21. und 26. September 1494 dort zu beobachten gewesen wären, sagt er aber kein Wörtlein. Von einer Initialepidemie bösartiger Syphilisformen, wie sie der Amerikanismus für den Herbst 1494 fordert, findet sich also auch nicht die schüchternste Spur in seinem Berichte. Und auf seiner ganzen weiteren Reise der nächsten vier Monate, die Portugal und Spanien der Länge und der Quere nach von Granada nach Sevilla, wo er sieben Tage sich aufhielt[5]), und Lissabon bzw. San Jago de Compostela über Toledo, Madrid, Saragossa nach Pamplona durchzog (als wenn er das Aufgehen der Spirochätensaaten des Kolumbus hätte besichtigen und kontrollieren wollen), in ganz Arragon, Castilien, Portugal und Navarra findet er nichts epidemiologisch Interessantes zu bemerken als die rassenpathologisch beachtenswerte Beobachtungstatsache mit hygienisch-diätetisch etwas unzureichender Erklärung als Ergebnis seiner Spanienreise — daß ihre Nüchternheit die Mauren vor der Pestansteckung bewahre:

[1]) Clm. 431, Bl. 110r. — [2]) Des Ebro. — [3]) Castellon de la Plana. — [4]) Clm. 431, Bl. 120v. — [5]) 4.—11. November 1494.

Digitized by Google

„Nec pestilencia tantum molestat Sarracenos in Hispania ut Cristianos, quod sobrietati eorum ascribo."[1])

Eine irgend bemerkbare Häufung von Syphilisfällen war also nirgends in die Erscheinung getreten, und eine spanische Syphilisepidemie, wie sie die epidemiologische Thesis von der heftig sich ausbreitenden Initialepidemie einer neu aus einem Landstrich jenseits des Wendekreises in die gemäßigte Zone eingeschleppten Krankheit verlangt, bestand nach den Ergebnissen der Erkundigungsfahrt dieses deutschen Arztes von Pavianer Bildung bestimmt nicht. Daß sie 1495 auch in Italien nicht wirklich zur Beobachtung kam und daß auch durch die Berichte und Aufzeichnungen der Jahre 1496 und 1497 aus Italien und Deutschland eine Syphilisinitialepidemie nicht als vorhanden gewesen nachgewiesen zu werden vermag, habe ich an anderen Stellen dargelegt[2]). Durch das völlige Schweigen der Berichte aus Frankreich und England schließt sich der Zirkel. Die so oft behauptete und so eifrig verwertete Syphilisepidemie am Ende des 15. Jahrhunderts gehört dem Reiche der historischen Fabeln an.

Die Dermatologie am XVII. Internationalen medizinischen Kongreß (London 6.—12. August).

Bericht von

Prof. Dr. G. Nobl, Wien.

In der Medical School des St. Thomas-Hospitals, eines der ältesten, im Jahre 1200 zur Erinnerung des St. Thomas von Canterbury errichteten, 1871 mit einem Kostenaufwand von 13 000 000 Kr. rekonstruierten Krankenhäuser Londons, das über einen Belegraum von 630 Betten verfügt, eröffnete Sir Malcom Morris mit einem Rückblick auf die Entwicklung der Dermatologie die glänzend besuchte Sektion des Kongresses.

Das erste zur Diskussion gestellte Thema der gut- und bösartigen Epitheliome, fand an der Hand der Referate von Darier, Fordyce und Jadassohn eine

---

[1]) Clm. 431, Bl. 205v. Er kann überhaupt den Fleiß und die Betriebsamkeit der Araber in Spanien nicht genug loben, besonders auch des maurischen Arbeiters, die sich in der spanischen Redewendung dokumentiert: „Qui non habet Moros, non habet aurum". — [2]) Italienische Zeitgenossen und Chronisten über den Ausbruch der Syphilis 1495 bzw. 1496. Med. Klinik, 1913, Nr. 19—22; Weitere Chronisten und Zeitgenossen über den Ausbruch der Syphilis 1495, ebenda Nr. 32; Anfänge der Syphilisbeobachtung und Syphilisprophylaxe zu Frankfurt a. M. 1496—1502. Derm. Ztschr., 1913, Bd. 20, S. 95—116; die ersten Maßnahmen der Stadt Nürnberg gegen die Syphilis i. d. J. 1496 bis 1497. Arch. f. Derm., Bd. 116, S. 31ff.; Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg i. d. J. 1498—1505. Ebenda Bd. 118, S. 285ff.; Syphilis und Pest in München am Ende des 15. und zu Anfang des 16. Jahrhunderts. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.

Digitized by Google

allseitige Beleuchtung, und steuerten die anschließenden Meinungsäußerungen in vielfacher Beziehung auch zur Klärung pathogenetischer und therapeutischer Fragen bei. Dariers sorgfältige Gewebsprüfungen des Nävokarzinoms gipfeln in der Bestätigung der epithelialen Abstammung der Nävuszellen. Demgemäß sind die Neoplasmen dem Rahmen der Epitheliome einzufügen. Der Pigmentgehalt der epithelialen Gewebskomponenten, die den Karzinomen gleiche alveoläre und retikuläre Struktur der Geschwülste und selbst der gelegentliche, an die Fügung der Sarkome gemahnende Aufbau (Nachweis der epithelialen Natur der Zellelemente) sprechen insgesamt für diese Definition. Die Malignität wird durch sekundäre, bald nur lokale, bald auch metastatische und universelle Pigmentproduktion angezeigt. Wahl der Behandlung: Elektrolyse und Exzision. Fordyce ustriert in einer lückenlosen Serie klinischer und histologischer Projektionsbilder den Formenreichtum epithelialer Neubildungen, von den senilen Keratosen angefangen, bis zu den selteneren Arten der Arsen-, Xeroderma-, Röntgen- und sekundären, auf dem Boden des Lupus erythematosus, der Psorospermose, der Psoriasis und Narben verschiedener Provenienz, vegetierenden Karzinome. In Anerkennung der meist gebräuchlichen Klassifikation möchte F. überdies die Zylindrome den Basalzellkrebsen zuweisen. Eine bisher kaum geläufige Art des dispersen, mehrsitzigen Pagetkrebses erörtert er an einer Reihe auch geweblich verifizierter Beobachtungen. An die Spitze der Behandlungsmethoden werden derzeit an der New Yorker Station Curettage mit nachfolgender Ätzung (Sherwell: Hg. nitric.) und Röntgen gestellt.

Jadassohn sondert den Gesamtkomplex gutartiger Epitheliome in zwei Hauptgruppen. In der ersten, mit bekannter Ätiologie, wären die infektiösen Formen, (Molluscum contagiosum, Warzen, spitzes Kondylom?, vielleicht senile Verrucae) die durch Chemikalien provozierten (von innen Brom usw., von außen Teer usw. [experimentell durch Lipoid lösliche Stoffe]) die mechanisch (Kornua auf Klavi, Epithelzysten) und die aktinisch bedingten (Keratosis senilis, Xeroderma pigmentosum, Röntgenhaut) unterzubringen. Bei der zweiten Hauptgruppe, in welche die benignen Epitheliome unbekannter Ursache einzureihen wären, kommt die kongenitale Grundlage in Frage. Vom anatomischen Standpunkte aus sind in dieser Klasse zu unterscheiden: harte Nävi, Zyannävi, N. adenomatosi, benigne Epitheliome vom Typus der Syringome, zystische Epitheliome, Zylindrome, Atherome, Teratome.

Ciarrochi tritt für die Prophylaxe des Epithelioms ein und empfiehlt namentlich die präkanzerösen Veränderungen einer radikalen Behandlung zu unterziehen. Bei diesen Dermatosen hat sich die elektive Wirkung der arsenigen Säure (1—5%ige Glyzerinlösung) aufs Beste bewährt. Nobl bespricht die Gewebsbeeinflussung benigner Epitheliome durch Mesothorium (22 mg Radiumbromid-γ-Äquivalent-Auerträger). In 40 solchen Fällen war an ausgehobenen Gewebssegmenten die Histolyse der Krebszellnester und Wucherung des Bindegewebsstromas, die Ausstoßung der nekrotischen Aftermassen und die Bildung des glatten Ersatzgewebes zu verfolgen. Tief infiltrierende und papilläre Krebse der Haut verhalten sich refraktär. Nicolas und seine Mitarbeiter berichten über ein Fixationsverfahren, das bei nachträglicher Hämatoxylinfärbung (Formol-Kalium bichrom.; 5% Müller nachträglich) eine Unterscheidung basozellulärer und spinozellulärer Epitheliome gestattet. Im Stachelzellkrebs zeigen die Zellen die Herxheimersche Faserung, diese fehlt im Basalkrebs. Zur Klinik und Histologie der Hautgeschwülste trägt noch Saalfeld mit vier Beobachtungen bei, welche als Hämango- und Lymphangi-Endotheliome aufzufassen sind. Gilchrist interpretiert an Lichtbildern seltenere Strukturformen des Hautkrebses. Mc Donagh, der die Epitheliome nach ihrem Ausgangspunkt in epidermoidale und appendikuläre sondert, findet es nicht für gerechtfertigt, die Neubildungen nach ihren Zellelementen zu unterscheiden, um so weniger, als in den Neoplasien,

Digitized by Google

welche gleichzeitig die Oberhaut und die Adnexe ergreifen, alle Zellarten vertreten sind. Bezüglich der Chemie des Karzinoms bieten die Prüfungen Fasals einigen Aufschluß. Er konnte bei den Plattenepithelialkarzinomen der Haut gleichwie bei Karzinomen der Leber eine Vermehrung des Tryptophans nachweisen. Ullmann berichtet über zwei Fälle des Arsen- und Nävokarzinoms.

Dubreuilh spricht sich für die epitheliale Abstammung des Nävokarzinoms aus und bekennt sich als Anhänger der Infektionstheorie des Epithelioms. Die äußeren provokatorischen Irritamente wirken als auslösende Faktoren bei bestehender Keimdurchsetzung des Terrains. Unna konstatiert mit Genugtuung, daß nunmehr auch die führenden Dermatologen Frankreichs gleich ihm die epitheliale Abkunft der Nävi vertreten. Die Malignität der Pigmentnävi möchte er nur im histologischen Sinne betonen und gibt der Meinung Ausdruck, daß das Pigment eine beschleunigende Wirkung auf metaplastische Umwandlung besitzt, welche zu der Bildung von Nävuszellen führt.

Aus der großen Reihe von Beiträgen, die mit den weiteren Verhandlungsthemen in keinem innigeren Zusammenhang standen, möchten wir gleich hier einige erwähnen. v. Petersen empfiehlt die Salvarsanbehandlung der Blastomykose, die ihm nach dem Fehlschlagen der Thermotherapie in drei Fällen die vollständige Heilung ermöglichte. Klausner definiert die histologischen Merkmale eines Falles von Granuloma annulare. Das ebenso interessante als in den klinischen Merkmalen wohl gekennzeichnete Krankheitsbild bekamen wir bei den Krankendemonstrationen seitens der Londoner Kollegen in einer ganzen Serie zu sehen. Sequeira, Adamson, Graham Little und andere steuerten aus ihrem reichen Material zur Illustration des immerhin ganz eigenartigen und seltenen Prozesses bei. Zur Lehre der kongenitalen, familiären, mit trophischen Störungen einhergehenden Dermatosen lieferten Nicolas und Moutot einen ergänzenden Beitrag (Epidermolysis bull., dystrophische Variante). Eine Reihe wenig gekannter Nagelanomalien erläutern die Ausführungen von Heidingsfeld an der Hand sorgfältiger Gewebsuntersuchungen. Tomkinson tritt für eine Ätzmethode bei Lupus vulgaris ein (Alkohollösung von Karbol-, Milch und Salizylsäure). Oppenheim und Wechsler resümieren ihre Versuche mit Tuberkulin. Vortragende schließen, daß auf Allgemeinvergiftung beruhende Hautkrankheiten die Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin vermindern oder vernichten.

Wohl das meiste Interesse erweckte ein von Parkes-Weber-London erläuterter Fall von subkutaner Kalzinosis. Ein siebenjähriges Mädchen zeigt im subkutanen Gewebe der ganzen Körperoberfläche in dichter Einstreuung bis nußgroße Kalkknoten. Den Ausführungen W.s ist zu entnehmen, daß die Kalksteine seit zwei Jahren bestehen, Diphtherie, Pneumonie sind vorangegangen. Seit einem Jahre unter Jodeisen- und Jodkalimedikation Resorption vieler Einschichtungen. Riehl weiß aus der Eigenbeobachtung über eine Reihe ähnlicher Fälle zu berichten, unter anderen über das Begleitphänomen der Kalzifikation in der Kutis und Subkutis bei Leukämie.

In den Referaten und Vorträgen über die Alopecia areata, die als zweite Verhandlungsfrage am Programm stand, spiegelte sich die Unsicherheit wider, welche nach wie vor über die Ätiologie der zugehörigen Zustandsformen herrscht. Pelizzari und Sabouraud, die beiden Referenten, begegnen sich in der Annahme, daß der kreisförmige Haarschwund als Symptom verschiedener Prozesse aufzufassen sei. Sabouraud betont überdies das familiäre und hereditäre Vorkommen und die Beziehungen zur Menopause und thyreo-ovarialen Zuständen. Nobl gelangt an der Hand klinischer und serologischer Analysen, die er in 60 Fällen des universellen, multilokulären, rezidivierenden Haarschwundes und bei den Formen der Ophiasis anstellte, zu dem Schluß, daß der Syphilis in der Ätiologie des Prozesses nur ein ganz untergeordneter Platz einzuräumen sei.

Digitized by Google

Dubreuilh schließt sich dieser Anschauung an, indem er die Analysen seiner Schüler Petges und Muratet zitiert, die nur in 11% der Alopeziefälle positiven Wassermann fanden. Whitfield nimmt für eine Gruppe die traumatische Abstammung in Anspruch und tritt für die nervöse Theorie ein. Duckworth sah alle Inokulationsversuche fehlschlagen und möchte die Area Celsi als trophische Störung mit der Kanities, Leukopathie, zirkumskripten Atrophie, Sklerodermie und halbseitigen Gesichtsatrophie in gleiche Linie stellen. Sequeira sah bei einer nervösen Frau den Haarschwund dem ersten Trigeminusast folgen, 50 Beobachtungen waren mit Jacquets Reflextheorie in Einklang zu bringen, von 50 Kranken gaben nur drei [mit klinischen Luessymptomen behaftete Kranke] + Wassermann. Nach Ciarrochis Untersuchungen spielen entzündliche Veränderungen (Teleangiektasie) Funktionsstörungen, Traumen und Entwicklungshemmungen (Sinus pericranii) eine Rolle. Jadassohn möchte wenigstens für einen Teil der Beobachtungen die infektiöse Natur nicht ganz absprechen. Der spezifische Parasit dürfte erst durch hinzutretende Reize (Infektionskrankheiten) aktiviert werden. Die oft beobachtete regionäre Drüsenschwellung stützt diese Anschauung. Für den Zusammenhang der traumatischen Neurosen und der Alopecia areata weiß v. Watraszewski wertvolle Belege beizubringen (nach Eisenbahnunfällen bei dem Personal der Warschau—Wiener Bahn). Oppenheim weist auf einen Fall hin, bei dem das regenerierte Kapillitium eines hellblondhaarigen Mannes braune Färbung aufwies. Die Übertragung scheint ihm für zwei Arbeiter einer Fabrik, die gleichzeitig (nach Eintritt eines Alopeziekranken) befallen wurden, wahrscheinlich.

In gemeinsamer Sitzung mit der Sektion für gerichtliche und soziale Medizin wurde das Kapitel: Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle abgehandelt. Blaschko, Finger sowie die Korreferenten French wie Gaucher und Gougerot setzten an die Spitze ihrer Thesen die Einführung eines beschränkten Behandlungszwanges der Prostituierten. Finger erblickt in Aufklärung und Belehrung Gesunder und Kranker, die besten Waffen der Prophylaxe (Merkblätter, Hebammenunterricht). Weiterhin sollen Reformen der Wohnungsverhältnisse, des Schlafgängerwesens, Förderung der Behandlung (Verwaltung der Spitalsabteilungen, Zahlbetten für den Mittelstand, Ambulatorien) durchgeführt werden. Gaucher tritt für entsprechenden Ammenschutz, Untersuchung des Dienstpersonals, Regelung der Reinigung und Desinfektion von Bestecken und Instrumenten (Restaurant, Rasierstube) sowie für die Bestrafung bei bewußter Syphilisübertragung ein. Zur Vorbauung und Unterdrückung der Prostitution kämen nach ihm der Rechtsschutz verführter Mädchen und Erziehung zur Moral in Anbetracht. Gesetzgebung, Hygiene und Menschenfreundlichkeit haben hier eine große Aufgabe vor sich. Leredde betont, daß die Mortalitätsquote der Lues, namentlich bei ihren Folgezuständen (Gefäß- und Nervensystem) noch lange nicht ergründet sei. Nach seiner Schätzung sterben in Paris jährlich 3000—4000 Menschen an Syphilis, ähnliche Tatsachen sollten publik werden. White-London stellt fest, daß in Großbritannien jährlich von 500000 Kranken ein Viertel von Syphilis befallen wird. Die Erleichterung der Behandlungsmöglichkeit (Spital, unentgeltliche Medikation), Sexualpädagogik, haben bei der Eindämmung der Seuche zusammenzuwirken. Müller-Metz tritt für die Behandlung der Prostituierten auch in der Latenz ein und wünscht für diese die obligatorische Einführung der Blutuntersuchung. Die im Anschluß vorgelegte Resolution des vorbereitenden Komitees fand nichts weniger als ungeteilte Zustimmung. Sie fordert von den maßgebenden Sanitäts- und Verwaltungsbehörden aller am Kongreß vertretenen Staaten die Vorsorge für rechtzeitige Erkennung und gründliche Behandlung der Syphilis.

Wie es zu erwarten stand, war die Frage der Syphilisbehandlung in den Brennpunkt des Interesses gerückt und konnte es nicht wundernehmen, daß um Ehr-

Digitized by Google

LICH und WASSERMANN sich am dichtesten die Debatter scharten. EHRLICH streift zunächst die chemische Konstitution des Salvarsans und wendet sich gegen die Annahme seiner indirekten Wirkung. Mit Salvarsan versetzte Spirochäten werden avirulent. In diesem Zustand verimpft, führen sie zu keiner Infektion. Instruktive Exempel bezeugen die geringe Toxizität des Mittels. Die Tiertoleranz für saure Lösungen ist gering. Für alkalische 30mal größer. EHRLICH sieht die Ursache des begleitenden Fiebers in Massenspirochätenauflösung im Frühstadium (fehlt bei Hg-Vorbehandlung). Neurorezidive seien Luesrezidive, bei mangelhafter Vorbehandlung zustande kommend. Salvarsantodesfälle hängen mit der Syphilis zusammen. Das Mittel setzt keine Überempfindlichkeit. Frühtodesfälle durch Massenzerfall von Spirochäten und Hirnschwellung bedingt (HERXHEIMER). Tod nach zweiter Injektion beruht auf latenter Reaktion, wobei die Spirochätenlösung mit einer Inkubation einhergeht. Auch hier Endotoxinwirkung und letale Hirnschwellung. EHRLICH empfiehlt neuerdings die Vorbehandlung mit kleinen Dosen, zweimal 0,1 in viertägigen Intervallen, dann erst höhere Dosen.

NEISSERS leider nur eingesendetem Referat ist zu entnehmen, daß den schweren Nebenwirkungen und Todesfällen nach Salvarsan, durch palpatorische Vorbehandlung mit kleinen Dosen (0,1—0,2, 2. Injektion nach 8 T.) und vorangehender Hg-Medikation vorzubeugen sei. Durchschnittsdosis 0,01 pro kg. Vorsicht bei Alkoholikern, Neurasthenikern und Leberkranken.

WASSERMANN behauptet, daß das Serumphänomen im Frühstadium der Lues durch Salvarsan dauernd zu beseitigen sei und die Lues nach 1—2 Injektionen zu restloser Ausheilung gelangen könne, wenn die Behandlung unter Heranziehung aller diagnostischen Kontrollen (Blut- und Zerebrospinal-W., Goldreaktion-LANGE) durchgeführt wird. Die Kranken seien späterhin mindestens einmal jährlich auf das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit zu prüfen. GIBBARD und HARRISON-London sahen in der britischen Armee den geringsten Prozentsatz von Rezidiven bei Kombination von zwei Salvarsan- und mehreren Hg-Injektionen. Sie betonen die Wichtigkeit der Behandlung im Initialstadium. Febrile Reaktionen seien von den frei werdenden Endotoxinen der Spirochäten abhängig. Nervenläsionen nach Salvarsan sind syphilogener Natur. Zahlreiche instruktive Tabellen bezeugen das streng wissenschaftliche Niveau der englischen Militärärzte.

SCHREIBER-Magdeburg negiert die neurotrope Wirkung des Salvarsans und hebt die geringe Toxizität der beiden Arsenpräparate hervor. Auf 7000 Patienten kommen drei Todesfälle. Das Neosalvarsan ist weniger giftig als das Altsalvarsan, oxydiert sich aber leichter. Konzentrierte Neosalvarsanlösung bewährt sich ausgezeichnet. LEREDDE plädiert für die intensivere Einbürgerung der Salvarsanbehandlung in der französischen Armee, die besonders von Syphilis verseucht ist. Das Mittel sichert die radikale Tilgung der Infektion, dies beweist der negative Ausfall aller diagnostischen Reaktionen nach energischer Therapie. Allerdings bemißt LEREDDE die Behandlungsperiode nicht so knapp als WASSERMANN und empfiehlt, noch nach Jahren die diagnostische Nachprüfung vorzunehmen. BASCH verzeichnet drei Todesfälle seiner Klientel, zwei nach Salvarsan, einen nach Neosalvarsan. Intoxikationserscheinungen setzten stets nach Exzessen der Patienten ein. LÉVY-BING verfolgte in zehn Fällen durch die Salvarsanbehandlung eine wesentliche Verschiebung des Krankheitsbildes im Sinne der Aggravierung. Eine Abortion war niemals zu erzielen, alle Kranken bekamen Sekundärsymptome oder Steigerung des Serumphänomens.

JADASSOHN verfügt bei kombinierter Behandlung (mit Hg) über eine Reihe von Abortivheilungen und staunt über die Mißerfolge LÉVY-BINGS. Probatorische Infusionen sind der Behandlung mit entsprechend großen Dosen (Kur: 3 g Salvarsan + mehrere Hg-Injektionen) voranzuschicken. FORDYCE-New York kombiniert stets für 4—6 Sal-

Digitized by Google

varsaninjektionen mit 10—12 intramuskulären Hg-Applikationen. Die W-Reaktion bleibt sehr oft durch Salvarsan unbeeinflußt. Nach dem Schema vorbehandelte Schwangere gebaren meist gesunde Kinder. Hata referiert über die in Japan gewonnenen Erfahrungen mit Salvarsan (Hata 166 F. Fucuoca 185, Tsutsui). Es ergeben sich 10—26% Rezidive im Sekundär-, 10—15% im Tertiärstadium. Zumeist endovenöse Verabreichung. Neurorezidive in den einzelnen Instituten 1—6%. Drei Todesfälle (Prof. Kondo, Kuboyama und Misumi). Als bedingungslose Anhänger der Salvarsanbehandlung bekannten sich noch Blaschko, Mac Donagh, Malcolm Morris und Mac Cormac, Vilanova. Zu einem reservierten Standpunkt sehen sich Eliasberg und Ullmann gezwungen. Der erstere wohl wegen einer Reihe übler Ausgänge, der letztere an der Hand seiner experimentellen Untersuchungen. Ullmann berichtet über 80% Heilungen bei über 100 Initialaffekten, nach allen Postulaten der modernen Kontrolle. Für die Parasitotropie des Arsenobenzols bezeugen seine Gewebsuntersuchungen, daß nur das spirochätenreiche Infiltrat Arsen verankert (nicht vulgäre und spezifische Infiltrate anderer Natur). Lichtbilder zeigen Leber- und Nierenveränderungen bei Salvarsaneinverleibung.

Ketron-Baltimore faßt die Ergebnisse einer, mit N. Mucha-Wien durchgeführten Experimentalreihe zusammen, welche den Einfluß intravenöser Salvarsaninjektionen auf Hirn, Leber und Nieren von Kaninchen demonstriert. An vorgewiesenen Präparaten sieht man Hirnhämorrhagien und partielle Nekrosen im Bereiche des Harnkanälchenapparates (Zytolyse der Epithelien). Die im Lebergewebe auftretenden Veränderungen waren als vom Medikament unabhängige, bei Kaninchen sonst auch oft beobachtete Veränderungen zu bestimmen.

Im Schlußwort konstatiert Ehrlich mit Freude die weitreichende Übereinstimmung der Erfahrungen und empfiehlt neuerdings, zur Vermeidung fataler Folgeerscheinungen mit tastenden Injektionen des Salvarsans zu beginnen.

Von zugehörigen Vorträgen wären noch zu erwähnen: Die Untersuchungsergebnisse von Gaucher und Joltrain über den Wert der Komplementfixation bei Syphilis und Hautkrankheiten, Schereschewskis Bericht und kinematographische Vorführung von Kulturspirochäten, Hallopeaus Ausführungen über Hektin und Ehlers Beitrag über die Syphilisbehandlung mit Supermaximaldosen von Hg. benzoic. Ehlers fordert zur Nachprüfung seines Behandlungsplanes auf, der ihm zu sehr befriedigenden kurativen Erfolgen verhalf. Nach einer Initialinjektion 0,15 (Frau) bis 0,20 g (Mann) des Präparates folgt eine ausgiebige Schmierkur.

Am letzten Verhandlungstage, wo die eine allgemeine Abspannung und Ermüdung sich schon deutlich geltend zu machen begann, kam noch die Frage der Vakzinebehandlung zur Erörterung. Whitfield-London und sein Korreferent Gilchrist entledigten sich ihrer Aufgabe hauptsächlich vom praktischen Standpunkt aus — und ein Blick aufs Auditorium konnte einem die Beruhigung verschaffen, daß es sehr gern auf Sir Almroth Wrights Theorien verzichtete. Whitfield spricht der Vakzination bei akuten, lebensgefährlichen Erkrankungen (Erysipel) Heilwert, bei rezidivierenden, akuten Läsionen (Furunkulose) das Verhüten von Nachschüben zu. Chronische Zustände (Sykosis, Lupus) refraktär. Nach Gilchrist gibt die Behandlung mit Kulturfiltraten lebender Mikroorganismen gelegentlich gute Resultate (Blastomykose). Abgetötete Keime enthaltende Salben, Vakzine aus autogenen Fäkalkulturen, Kolivakzine von unsicherer Wirkung. Janovsky berichtet über eine fünfjährige Erfahrung mittels der Opsoninbehandlung. Tuberkulin in geringen Dosen hat bei spezifischen Dermatosen kurative Reaktionen ausgelöst Staphylokokkenvakzine (10—300 Millionen), Histopin bei Sykosis, Erysipel, Streptokokken und Antidiphtherieserum in Kombination mit Aknebazillenvakzinen bei Akne von Wert. Pituitrol erwies sich bei Sklerodermie von Nutzen. Nakano-

Digitized by Google

Tokio möchte bei nur bescheidener Erfahrung (Spirochätenvakzine, Streptobazillenvakzine [Ito], Staphylococc. V.) den Effekt der Vakzination nicht als gleichmäßig befriedigend hinstellen.

Die mit der Sektion verbundene Ausstellung, um deren übersichtliche, allen Wünschen in zuvorkommendster Weise gerecht werdende Inszenierung Sequeira sich besonders verdient machte, bot eine Fülle von Moulagensammlungen, Bilderkollektionen und Serien histologischer Präparate, wie sie nur selten in gleichem Ausmaß in den Rahmen von Kongressen eingefügt erscheinen. An der Exposition beteiligten sich außer den englischen Instituten von London († Hutchinsons Sammlung! Sequeira, Graham Little, Adamson), Glasgow (Norman Walker), Edinburgh u. a.; die dermatologischen Stationen von Breslau (Neisser), Wien (allg. Poliklinik Nobl), New York (Fordyce), Baltimore (Gilchrist, Wende) und viele andere.

Bedankt für die ebenso elegante als strengernste Leitung der Verhandlungen durch Dubois-Havenith (im Namen der französischen Kollegen), Fordyce (für Amerika) und Janovsky (für Österreich), schloß Präsident Sir Malcolm Morris die Sektion des Kongresses.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 20, H. 8, 1913.

Über das Rhinophyma, eine histologische Studie; zugleich ein Beitrag zur Frage der postfötalen Talgdrüsen- und Haarneubildung, von J. Kyrle-Wien. (Mit Abbildungen.) Gelegentlich einer Untersuchung eines Rhinophyma sucht der Verfasser zwei Fragen von fundamentaler Bedeutung zu eruieren, ob es eine postfötale Talgdrüsen- und eine Haarneubildung gibt, und illustriert seine sehr interessanten Befunde durch eine Reihe instruktiver Bilder. Unter einer Vergrößerung der Talgdrüsen konnte der Verfasser eine Neubildung von Talgdrüsen durch Differenzierung gewucherter epidermoidaler Elemente zu Talgdrüsenzellen konstatieren. In seinem ersten Präparate sieht man eine stark verbreiterte Epidermis mit einem nach unten gehenden, kurzen, abgerundeten Zapfen, in dessen Mitte plötzlich einige Talgdrüsenzellen gelagert sind, mit rundem Kern und wabiger Protoplasmastriktur, ohne Ausführungsgang. In einem zweiten Bilde sieht man einen solchen Epithelzapfen, der mit der Wand eines erweiterten Follikels in Verbindung steht. Im Verlaufe einer Schnittserie sieht man zahlreiche Talgdrüsenelemente, die zu kleineren und größeren Zellkomplexen gruppiert mit der Follikellichtung mittels einer ziemlich weiten, zum Teil durch Talg und Epithelmassen ausgefüllten Ganges in Kommunikation stehen. Aus seinen Versuchsserien kann man den einzelnen Werdegang studieren, wonach eine postfötale Talgdrüsenneubildung eintritt. Die Drüsenzellen entwickeln sich nicht aus Elementen der äußeren Wurzelscheide, sondern direkt von der Epidermis. Auch bei der Neuentwicklung der Haare findet man zwei verschiedene Vorgänge: einen Atrophierungs- und einen Neubildungsprozeß. Mit der Oberflächenepidermis steht ein ziemlich langer lumenloser, nicht überall gleich dicker Epithelzapfen in Verbindung, der an dem unteren Ende beträchtlich angeschwollen erscheint und hier eine vollendete Papillenbildung erkennen läßt. Seine Abbildungen ergeben zur Evidenz, daß eine Papillen- respektive eine Haarneubildung in der Tat vorkommt.

Beitrag zum Studium der Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut, von Karl Vignolo Lutati-Turin. (Mit 3 Abbildungen.) Ein sehr interessanter Fall von allgemeiner Sklerodermie mit Beteiligung der Mundschleimhaut und der Zunge.

Digitized by Google

Beitrag zur Tuberkulose des Penis, von J. Lewinski-Posen. Verfasser berichtet über zwei sehr interessante Fälle von Tuberkulose des Penis; bei dem ersten handelt es sich um das seltene Vorkommnis eines Lupus vulgaris mit gleichzeitigem Lupus der Gesäßgegend. Bei dem anderen Patienten war die tuberkulöse Erkrankung — ein tuberkulöses Ulkus — kompliziert durch eine Lungen- und fortgeschrittene Urogenitaltuberkulose. Chrzelitzer-Posen.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 7, H. 8, 1913.

Vier Fälle von Prostataatrophie, von Viktor Caesar-Dresden. Prostatahypertrophie und -Atrophie machen dieselben Erscheinungen, so daß ein als Hypertrophie gedeuteter Fall bei der Operation sich als eine Atrophie herausstellt. So erging es dem Verfasser. Diesem Falle reiht der Verfasser drei andere an, die aber als Atrophie vor der Operation diagnostiziert wurden. Es kommt aber auch eine atrophische Prostata mit relativ hypertrophischem Mittellappen vor. Die richtige Diagnose ist jedenfalls nicht leicht. Was die Ätiologie anlangt, scheint die Blennorrhoe die Hauptursache zu bilden.

Ein neues Ureterenzystoskop mit Vorrichtung zum leichten Auswechseln der Katheter, zugleich ein Beitrag zur Asepsis des Harnleiterkatheterismus, von Julius Vogel-Berlin. Das neue Instrument, dessen Beschreibung im Original nachgelesen werden muß, gewährt die Möglichkeit beide Harnleiter zu sondieren — ohne daß es nach Einführung des einen Katheters aus der Blase entfernt werden muß, um für den zweiten Katheterismus neu ausgerüstet zu werden — obgleich das Instrument nur für einen einzigen Katheter eingerichtet ist. Für den Fall eintretender Trübung ist die Möglichkeit zu ausgiebiger Spülung gegeben, und schließlich kann das Instrument einwandfrei sterilisiert werden. Der optische Teil trägt gleichzeitig Lichtleitung und Lampe, so daß im Falle eines Defektes diese ausgewechselt werden kann, ohne daß das Instrument deswegen aus der Blase entfernt werden muß. (Hersteller Georg Wolf-Berlin.)

Ein Fall von akuter Harnretention bei Gynatresie, von H. Lohnstein-Berlin. Bei einem jungen Mädchen plötzliche Harnverhaltung. Nach einer Inzision des Hymen entleert sich zirka ein Liter teils flüssigen, teils geronnenen Blutes. Patientin befand sich nach dem Eingriff vollkommen wohl. Nach acht Tagen Exitus. Autopsie: diffuse, fibrinöseitrige Peritonitis. Aller Wahrscheinlichkeit nach war die komplette Harnverhaltung eine Folge der Hämelytrometra. Anamnestisch ist zu erwähnen, daß die Patientin früher an Masern und Scharlach gelitten hatte. Es ist anzunehmen, daß das Harnleiden einerseits, die Hymenalatresie andrerseits Folgekrankheiten einer entzündlichen Scheidenaffektion im Anschluß an eine der Infektionskrankheiten gewesen ist.

Multiple Myome des Penis, von Franz Stavianicks-Wien. (Zwei Textabbildungen.) Mitteilung des sehr seltenen Falles von Myomen am Penis bei einem 63jährigen Manne. Wegen der vermuteten Diagnose Carcinoma penis wurde die Amputatio glandis vorgenommen. Die histologische Diagnose lautet multiples Leiomyom.

Ein Fall von starker Nachblutung nach Operation eines Blasenpapilloms mittels Hochfrequenzströmen, von C. Schneider-Brückenau. Zur Operation von Blasentumoren wurden Hochfrequenzströme aus einem Fulgurationsinstrumentarium benutzt. Nach einer solchen Behandlung trat eine starke Blutung auf, die durch Einlegen eines Verweilkatheters zum Stehen gebracht wurde. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre, herausgegeben unter Mitwirkung von Eiselsberg-Wien, A. Kolisko-Wien und F. Martius-Rostock von J. Tandler-Wien. 1913, Bd. 1, H. 1. (Verlag von Julius Springer, Berlin.) Mäuner der Wissenschaft von bestem Klange bringen eine neue Zeitschrift unter obigem Titel heraus. „Ohne Zweifel — so lesen wir in der Einführung — macht sich eine gewisse Entfremdung zwischen der menschlichen Anatomie — dem Fundament der angewandten Erkenntnis vom menschlichen Körper und somit einem integrierenden Bestandteil der medizinischen Wissenschaft — und der praktischen Medizin geltend. Gerade die große Menge der erscheinenden Zeitschriften macht es auch dem Fachgelehrten heutzutage schon fast unmöglich, sich über den augenblicklichen Stand einer klinisch-anatomischen Frage zu orientieren, weil sowohl die Anatomen als auch die Kliniker, ein und denselben Gegenstand jeder von seinem Standpunkt aus bearbeitend, von den Resultaten dieser Untersuchungen gegenseitig keine Kenntnis erlangen. Die nicht geringe Zahl anatomischer Arbeiten von klinischem Standpunkt aus zeigt wohl, daß die Kliniker sich wieder mehr als früher der anatomischen Begründung der ihnen geläufigen Probleme zuwenden, ebenso wie eine Reihe anatomischer Untersuchungen in Rücksichtnahme auf praktische Bedürfnisse, ausgeführt von Anatomen, das Bestreben offenbaren, den vielfach allzu sicher gewordenen Zusammenhang zwischen Anatomie und Klinik auch von seiten der Anatomen zu festigen. Da die Anatomie nicht den toten Menschen, sondern den Menschen überhaupt zum Objekt der wissenschaftlichen Untersuchung hat, so ergibt sich schon daraus in vielen Beziehungen der naturgemäße Übergang zwischen anatomischer und klinischer Untersuchungsmethode vor allem dort, wo es sich nicht etwa um das Studium einzelner Organe, sondern um jenes des ganzen Individuums handelt. Damit gelangt aber auch die Untersuchung der konstitutionellen Eigenschaften des menschlichen Körpers, insoweit sie sich in der Erscheinung des Individuums manifestieren, in das Wissensgebiet der angewandten Anatomie, und diese selbst wird dadurch ein Fundament für den Aufbau einer Konstitutionslehre. In Rücksicht darauf wäre es im Interesse eines wissenschaftlichen Fortschrittes, wenn Kliniker und Anatomen, insoweit sie auf dem Gebiet der angewandten Anatomie, tätig sind, in einen etwas lebhafteren, vor allem aber bequemeren Austausch ihrer Erkenntnisresultate treten könnten."

Was den Inhalt dieses ersten Heftes betrifft, so berechtigen und begründen diese Aufsätze in der Tat unsere Aufmerksamkeit dieser Neuerscheinung zuzuwenden. M. Neuburger-Wien: Zur Geschichte der Konstitutionslehre. Julius Tandler-Wien: Konstitution und Rassenhygiene. F. Chvostek: Das konstitutionelle Moment in der Pathogenese des Morbus Basedowii. Helene Zellweger-Basel: Die Bedeutung des Lymphatismus und anderer konstitutioneller Momente für Gallensteinbildung.

Die Zeitschrift erscheint in zwanglosen Heften von je 6—7 Druckbogen, die zu Bänden von 30—40 Bogen vereinigt werden. Der Preis jedes Bandes beträgt 28 M.

Chrzelitzer-Posen.

Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit, von Gerhard Hahn-Breslau. (Sammlg. zwangl. Abhandlg. a. d. Geb. d. Dermat., Syphilidolg. u. d. Krkht. d. Urogenitalapp., hrsg. von Jadassohn-Bern.) In dem allgemeinen Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten und ihre ungeheure Verbreitung pocht der Verfasser an das Verantwortlichkeitsgefühl der Ärzte, gewissenhaft zu diagnostizieren und zu behandeln, um so beizutragen an der Unterdrückung des sozialen Übels. Trotzdem die Behandlung oft große Anforderungen an die Geduld des Arztes stellt, soll man sich

Digitized by Google

doch zu Nachlässigkeiten nicht verleiten lassen. Die Geschlechtskrankheiten sind als ernste Leiden zu betrachten, die auch eine gewissenhafte Behandlung erfordern. Die Patienten, die besonders auf die Gefahren aufmerksam zu machen sind, sollen nicht eher aus der Behandlung entlassen werden, bevor man nicht durch genaueste Untersuchung das Urteil „geheilt" fällen kann. Chrzelitzer-Posen.

Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis, von W. Gennerich. Ein Beitrag zur Biologie des Syphilisvirus im menschlichen Körper und eine Mahnung zur Vermeidung oberflächlicher Salvarsanbehandlung. (Berlin 1913, Hirschwald.) Gennerich geht von der Häufigkeit der Neurorezidive im Beginn der Salvarsanära aus. Die durch die Neurorezidive angeregten Untersuchungen „haben ganz außerordentlich dazu beigetragen, unsere Kenntnisse vom Verlauf der syphilitischen Infektion zu erweitern". Die in großem Umfang geübte Liquorkontrolle stützt sich auch auf solche Erfahrungen, welche das frühe Befallensein der Zentralorganhüllen angeblich lehren.

Auf Prämissen, welche für Gennerich schon Tatsachen bedeuten, baut sich die energische Therapie auf, welche der Verfasser an der Hand fortlaufender Kontrollen des Liquor und des Blutserums an seinem ganz einzigen Material im Kieler Marinelazarett übt — das eine große Ziel vor Augen, durch die Therapie die furchtbaren Gefahren der Paralyse und der Tabes einzuengen. — Die zahlreichen Tabellen geben die Liquorbefunde in den einzelnen Stadien der Syphilis, bei der Syphilis latens ohne frühere Behandlung, mit voraufgegangenen Hg-Kuren, nach Hg-Kuren und späterer Salvarsanbehandlung usw. Wir hören ein Resümee über den Verlauf der latenten meningealen Infektion. „Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der meningealen Infektion ist demnach der Zeitpunkt, wo die Syphilis eine so weitgehende Einengung in ihrer Allgemeinausbreitung erleidet, daß restliche Herde eine vermehrte Entwicklungstendenz bekommen." Die Liquorbefunde bei den Neurorezidiven, bei manifester Hirnsyphilis, bei Paralyse und bei Tabes werden nacheinander geschildert und erwogen.

Die Untersuchung des Liquor erstreckt sich auf Zellzählung in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer, Prüfung der Phase I nach Nonne-Apelt, Esbachbestimmung nach Nissl und Wassermannsche Reaktion.

Chemische und Zellbefunde werden für den normalen und den pathologischen Liquor skizziert und abgegrenzt. In welcher Weise sich die Herxheimersche Reaktion im Liquor geltend macht, und in welchem Umfange es gelingt, ein normales Schlußpunktat zu erhalten, erfahren wir aus der anregungsreichen Darstellung. Daß die zelligen Veränderungen des Liquor so rückbildungsfähig sind, hätte Referent kaum für möglich gehalten. Die Bestrebungen vieler Syphilidologen nach einer dauernd negativen Wassermannschen Reaktion im Blut werden erschwert und erweitert durch die immer mehr in den Vordergrund sich schiebende Liquorkontrolle. Daß mit einem zur Norm zurückgekehrten und normalbleibenden Punktat die schwersten Gefahren beseitigt sind, und daß die pathologischen Liquorbefunde demnach beeinflußt werden müssen, ebenso wie eine positive Wassermannsche Reaktion als ein zu behandelndes Symptom florider Lues zu bewerten ist: das sind für Gennerich Tatsachen und Grundlagen des großen biologischen Experimentes, für welches ihm alle Syphilidologen, wie sie auch immer zu seinen Prämissen stehen, danken müssen.

Eine Kombination großer Salvarsan- und Kalomeldosen ist der Schwerpunkt der Gennerichschen Therapie. Es darf hier vom Ref. hervorgehoben werden, daß das Kalomel die ihm gebührende Verbreitung als wirksamstes Hg-Präparat Kiel, der Klingmüllerschen Klinik, verdankt.

Die Fülle neuer Schwierigkeiten, welche sich mit der modernen Syphilistherapie

Digitized by Google

verknüpfen, erhellt übrigens aus den Gegengründen, welche einer unserer verdienstvollsten Salvarsanforscher, Wechselmann, in neuen Arbeiten gegen die Kombinationstherapie aufführt. Referent darf solches an dieser Stelle erwähnen.

Es muß dem Leser der Gennerichschen Monographie überlassen bleiben, sich mit den Ansichten des Verfassers vertraut zu machen und abzufinden über die Expansionsneigung des syphilitischen Virus. Diese bleibt unverändert, gleichgültig ob die Einschränkung der Allgemeininfektion durch eine häufigere oder bessere Behandlung oder durch Immunvorgänge eintritt. „Je mehr die Infektion eingeengt wird, um so größer ist die Energie, mit welcher sich die erhalten gebliebenen Herde entwickeln. Kurz, bei Behinderung der Expansion durch Immunvorgänge wächst die lokale Virulenz."

Die Entwicklung von Monosyphiliden verursacht durch Zurückgehen der Allgemeininfektion — in jedem Stadium der Syphilis beobachtbar — ist der immer wiederkehrende Gedanke. Von ihm aus entwickelt Gennerich den Verlauf der Syphilis, die Häufigkeit der Rezidive, den Ausgang der Liquorinfektion.

Die Befunde von der Häufigkeit der meningealen Luesherde in jedem Stadium der Syphilis sind besonders bedeutungsvoll für ein ausreichendes Behandlungsmaß und zeigen die Gefahren einer verzettelten Salvarsantherapie.

Referent hatte bei früherer Gelegenheit die mit dem Ausbruch des spezifischen Exanthems oft verknüpften rasenden Kopfschmerzen auf eine Roseola der Meningen bezogen. Den ihm damals noch vor der Salvarsanära sehr naheliegenden Schritt eines Liquorpunktates tat er leider nicht. Delbanco.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Behandlung des Ulcus cruris mit getrockneter Luft, von J. Jaffé-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1913, Nr. 3.) Die Trockenluftbehandlung durch den Sikkorapparat von Professor R. Kuttner übt einen sehr bemerkenswerten und günstigen Einfluß auf die Heilung des Ulcus cruris aus. Herabminderung der subjektiven Beschwerden, eine Verminderung der Sekretion und der Ödeme, eine Anregung der Granulationsbildung werden durch diese Behandlung herbeigeführt. Chrzelitzer-Posen.

Chronische Beingeschwüre, einige Worte über ihre Behandlung, von William Brady-New York. (New York med. Journ., 8. Febr. 1913.) Zur Reinigung der Geschwüre empfiehlt B. in erster Linie normale Salzlösung, die angenehmer wirke wie jeder andere feuchte Verband, zur Anregung von Granulationen Bierhefe, wenn frisch erhältlich, welche, zweimal pro Tag erneuert, eine ausgezeichnete Bedeckung unter irgend einem impermeablen Stoff bildet, bei alten, trockenen, wenig sezernierenden Geschwüren einen feuchten Verband mit einer Mischung von 1%igem Acid. citr. und 4%iger Kochsalzlösung und einen oder zwei Tage hindurch alle drei bis vier Stunden pulverisierte Zitronensäure in kleinen Dosen aufgestreut. Bei sehr üppigen Granulationen ist nur Radikalentfernung mit der Schere angezeigt. Bei varikösen Geschwüren Hochlagerung der Extremität. Nehmen einmal die Granulationen ein gesundes, geschmeidiges Aussehen an, so ist je weniger, um so besser: ein einfacher steriler Vaselineverband und wenn das Geschwür sich auf etwa Dreimarkstückgröße verkleinert hat, irgend ein neutrales Pulver alle vier bis fünf Tage nach vorhergehender Reinigung appliziert. Häufig ist noch Allgemeinbehandlung angezeigt: Digitalis oder Nitrite, Eisenpräparate, Brom für Nervöse und oft vegetarische Lebensweise. Wiederholt weist B. darauf hin,

Digitized by Google

daß sich nach Versuchen mit allen möglichen anderen Salben das einfache sterilisierte Vaselin (petrolatum) ihm als Bestes bewährt hat. Stern-München.

Die Exzision der Hämorrhoiden nach Whitehead, von S. Hadda-Breslau. (Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. 100, H. 4.) Unter den modernen Operationsverfahren hat sich die von Whitehead im Jahre 1882 beschriebene Exzision der gesamten Analschleimhaut am besten bewährt. Whitehead geht von der Tatsache aus, daß wir es in den meisten Fällen nicht mit lokalen Veränderungen einzelner Analvenenzweige zu tun haben, sondern daß es sich stets um eine variköse Entartung des gesamten Plexus haemorrhoidalis handelt. Verfasser schildert die Operationsmethode nach der Modifikation von Gottstein. Die Erfolge sind glänzend. Chrzelitzer-Posen.

Zur Prophylaxe und Therapie der Hämorrhoiden durch Anikure, von Kindberg-Bonn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Nach v. Lenhossék (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22) werden die Hämorrhoiden durch den Reiz der im Rektum abnormerweise zurückbleibenden Fäkalbröckel erzeugt. Sie versetzen das Epithel in einen Reizzustand, der sich mit der Zeit der Submukosa und den in ihr ruhenden Venengeflechten mitteilt. Systematische Spülungen nach jeder Defäkation, wodurch das Liegenbleiben von Fäkalbröckeln verhindert wird, muß demnach imstande sein, selbst bei disponierten Individuen der Bildung von Hämorrhoiden vorzubeugen, eventuell sogar solche zur Rückbildung zu bringen. Verfasser hat ein Instrumentarium für die Anikure konstruiert, das nicht nur eine einwandfreie Spritze enthält, sondern es auch dem Patienten ermöglicht, sich ihrer in jeder Lebenslage mit Leichtigkeit zu bedienen. Das von B. B. Cossel, Frankfurt a. M. zu beziehende Etui, das bequem in der Tasche getragen werden kann, enthält: eine Ballonspritze mit Ansatzrohr, einen kleinen Kochkessel mit Spirituslämpchen und Dreifuß, eine Dose Alsolcreme, Streichhölzer, Watte, Klosettpapier.
Junghanns-Dresden.

Über Hautgangrän, von E. Greggio-Padua. (Gazz. internaz. di Med., Chir., etc., 1913, Nr. 14.) Bei einem 18jährigen Mädchen, welches in manchen Beziehungen als neuropathisch betrachtet werden kann, entstehen seit mehreren Jahren Störungen, die stets an denselben, und zwar symmetrischen Körperstellen lokalisiert sind. Diese Störungen traten zum erstenmal im Alter von zwölf Jahren auf und wiederholten sich mit verschieden langen Zwischenräumen mehrmals, und zwar stets gegen Anfang des Herbstes. In dieser Zeit tritt an der betreffenden Hautstelle ein Kribbelgefühl und eine Kälteempfindung auf, während die Haut an der Stelle blaß wird. Diese Anfälle wiederholen sich mit wechselnder Intensität; zuweilen verschwinden sie ohne weiteres; andere Male folgt auf die Blässe eine Zyanose, begleitet von mehr oder minder heftigen Schmerzen; zuweilen bilden sich Phlyktänen, oberflächliche Geschwüre oder kleine Schorfe. Diese lokalen Alterationen können monatelang dauern und lassen geringe dauerhafte Läsionen zurück. Alle versuchten Behandlungen blieben erfolglos; der Prozeß heilte stets spontan bei Herantritt des guten Wetters. Verfasser glaubt diesen Fall in die Gruppe der Raynaudschen Krankheit einreihen zu können. K. Rühl-Turin.

Malum perforans plantare, von Pierre Delbet. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 4.) Die Ulzeration trat bei dem Kranken, dessen Geschichte mitgeteilt wird, nach einer Schußverletzung des N. ischiaticus in der Kniekehle auf.
A. Gunsett-Straßburg.

Über die peladoide Alopezie, von Leonardo Martinotti. (Vol. publ. nel XXV anno d'insegnam. del Prof. Barduzzi. Livorno, G. Chiappini, 1911.) Der Verfasser bespricht in dieser Arbeit diejenigen Krankheiten der Kopfhaut und der behaarten Regionen, welche der Alopecia areata, der Pelade, ähnlich sehen können. In diese Gruppe

Digitized by Google

reiht er folgende Krankheitsbilder ein: 1. Die Alopecia areata vera; zu dieser gehören a) die Fournierscho syphilitische Pseudopelade mit multiplen kleinen Plaques. Diese vollständig alopezischen Herde können ganz den Aspekt einer typischen syphilitischen areolären Alopezie haben, wenn ihnen auch alle anderen Charaktere — die anamnestischen Daten nicht ausgeschlossen — fehlen. Diese Form entspricht wahrscheinlich der Varietät in multiplen, disseminierten, kleinen Herden von Brocq und von Darier, b) die Pseudopelade oder falsche Pelade Bazins (Pelade pseudotonsurante Lailler, Pelade mit zerbrechlichen Haaren Besnier), bei welcher der Herd kleine lanugoartige, atrophische, unpigmentierte Haare aufweist, die manchmal an ihrem Emergenzpunkte gebrochen sind, c) die Pelade achromatosa (Bazins) mit Depression und Atrophie des Herdes, d) die „peladoide atrophodermische Form in einem Herde" Sabourauds, welche dieselben Charakteristika hat wie die vorhergehende, aber durch einen einzigen im Zentrum des Haarbodens gelegenen Herd ausgezeichnet ist. Von der Fournierschen syphilitischen Pseudopelade ist es nicht sicher, ob es eine wahre Area Celsi auf syphilitischem Boden oder eine klinisch und ätiologisch vollständig selbständige Form ist.

2. Die Pseudopelade Brocq. Die Differentialdiagnose dieser Form ist gegeben durch das atrophische, narbenähnliche Aussehen des Herdes mit kupuliformer Depression. Die leicht ausziehbaren Haare haben einen vollen Bulbus, sind etwas atrophisch und mit einer durchscheinenden glasartigen Scheide versehen. Es fehlen abgebrochene Haare, Lanugohaare und solche in Ausrufungszeichenform (Alopecia areata). Die Herde sind immer relativ klein und in großer Anzahl.

3. Die Folliculitis decalvans. Diese Form ist ausgezeichnet durch das gleichzeitige oder zeitlich aufeinanderfolgende Auftreten von Follikulitis und Perifollikulitis, welche eine Tendenz zur peripheren Ausbreitung haben und nach der Abheilung eine pseudozikatrizielle Läsion zurücklassen, auf welcher sich eine permanente Alopezie einstellt. Infolgedessen ist das Zentrum der meist multiplen und irregulär begrenzt auftretenden Herde glatt, weiß, atrophisch und deprimiert; die Follikel sind nicht mehr sichtbar. An der Peripherie sieht man die primäre Läsion in Form einer peripilären Pustel.

4. Die lupoide Sykosis Brocq. Sie sieht der nicht parasitären Sykosis ähnlich, ist am häufigsten im Barte lokalisiert und zeigt das Auftreten von perifollikulären Pusteln auf entzündlicher und infiltrierter Basis, welche sich peripher ausdehnen und im Zentrum eine glatte, weiße oder rosafarbene Narbe von öfters keloidartigem Aussehen lassen, welche von einer entzündlichen Zone von Follikulitis, Krusten und Schuppen umgeben ist. Das Ulerythema sycosiforme Unnas hat dieselben Charaktere, kann aber auch die Zilien befallen, selten auch den Kopf, wo es leicht ophiasisartige Erscheinungen macht.

5. Die Alopezie infolge von Keratosis pilaris. Sie tritt beinahe ausschließlich bei Männern nach dem 20. Jahre auf dem Scheitel und den Schläfen, selten in den Augenbrauen (Ulerythema Taenzer) auf, wobei immer auf den unbehaarten Körperstellen Lichen pilaris existiert. Die Herde sind klein, unregelmäßig begrenzt, etwas deprimiert und von zikatriziell-atrophischem Aussehen, weiß, glatt und glänzend und vollkommen alopezisch.

6. Die Alopezie infolge Röntgenstrahlen.

7. Die peladiformen Affektionen im Verlauf der schweren Infektionskrankheiten (Typhus usw.).

8. Die Alopecia parvimaculata Dreuw, welche einen ganz eigenen Typus bildet.

9. Die artefiziellen narbigen Alopezien.

10. Diejenigen nach suppurativen Prozessen (Furunkulose, Herpes zoster usw.).

Digitized by Google

11. Der Lupus erythematosus (diskoide Flecken von weißem Aussehen mit vielen Gefäßerweiterungen und zentraler Depression und totalem Schwund der Follikel, während an der Peripherie viele mit Pfröpfen verschlossene Follikel sich finden. Zwischen beiden Zonen findet sich eine Zone mit gelbgrauen, adhärenten Krusten), ferner alle anderen an der Kopfhaut sich zufällig lokalisierenden Hauterkrankungen.

12. Die neurotischen Alopezien.

13. Die kongenitalen peladoiden Alopezien.

14. Die Seborrhoe. 15. Der Favus und 16. Die Trichophytie.

Zur Illustrierung der selteneren Formen teilt M. zwei Krankengeschichten mit, wovon die eine eine Pseudopelade Brocq in kleinen Herden, die andere ein konkomittierendes Auftreten von Pseudopelade Brocq und von echter Alopecia areata bei einem Kranken mit Syphilis latens betraf. A. Gunsett-Straßburg.

Lupus erythematosus disseminatus, von A. J. Gilmour-New York. (Med. Record, 28. Dezember 1912.) In dem beschriebenen und mit Abbildungen (recht mäßiger Art) belegten Fall handelt es sich um einen 19jährigen jungen Mann, bei dem die Erkrankung angeblich im Anschluß an Erfrierung an dem einen Ohre begann und sich im Laufe der letzten 3—4 Jahre nach und nach mit umschriebenen größeren und kleineren Läsionen fast über den ganzen Körper verbreitete. Dabei bestanden keinerlei Störungen allgemeiner Natur; Wassermann und v. Pirquet negativ. W. Lehmann-Stettin.

Über das pathologisch-anatomische Wesen der Alopecia areata, von Terebinski. (Russkij Wratsch, 1912, Nr. 39.) Angeregt durch die Betrachtung der von Dr. N. Morosow hergestellten mikroskopischen Präparate einiger Fälle von Alopecia areata gravis und totalis, welche das Vorhandensein starker Veränderungen serös entzündlichen Charakters in den epithelialen Teilen der Haarzwiebel und der Wurzelscheiden aufwiesen, nahm Verfasser die histologische Untersuchung einiger weniger schwerer Fälle von Alopecia areata vor. Diese Untersuchungen ergaben dasselbe Resultat, nur mit dem Unterschiede, daß die reaktiven Erscheinungen im Korium in Gestalt von Infiltraten um die Gefäße und um die Follikel weniger stark ausgeprägt waren, als in den Präparaten von Morosow. Verfasser spricht demnach als primäre und wesentliche Veränderungen der Alopecia areata die Erscheinungen der serösen Entzündung des Epithels der Haarwurzeln an, die schon von Robinson, Vignolo-Lutati, Giovannini und Unna beschrieben worden sind, aber von denselben als unwesentliche Folgeerscheinung gedeutet werden. Bei der Ähnlichkeit dieser histologischen Veränderungen mit denen beim Ekzem sieht Verfasser die Alopecia areata als eine Art von Ekzem an.

Arthur Jordan-Moskau.

Drei Fälle familiärer Dystrophie der Haare und Nägel, von J. S. Eisenstaedt-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 4. Januar 1913.) Bisher sind nur zwei Beobachtungen familiärer Dystrophie der Haare und Nägel veröffentlicht. Verfasser hat drei Fälle beobachtet, die in vieler Hinsicht mit den früher beschriebenen identisch sind. Es handelt sich um drei Brüder, das dritte, fünfte und neunte Kind in einer Familie mit neun Kindern, von denen acht am Leben waren und sich in gutem Gesundheitszustand befanden. Von seiten der väterlichen Familie lagen keinerlei derartige Anomalien vor; auf mütterlicher Seite dagegen waren in ununterbrochener Linie bei Mitgliedern von fünf Generationen trophische Anomalien der Haare und Nägel beobachtet worden. Die Ätiologie dieser Anomalien ist noch völlig unaufgeklärt.

Fendt-Wiesbaden.

Hemicanities bei Hemiplegie, von S. Loeb-Stuttgart. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Hemicanities bei Hemiplegie. Das Wesentliche an beiden Fällen ist: nach einer Hemiplegie werden einmal schnell,

Digitized by Google

einmal im Verlauf von Monaten auf der gelähmten Seite Kopf-, Augen- und Barthaare in verschiedener Ausdehnung grau, um es dann immer zu bleiben; die Haut der Umgebung zeigt keine makroskopische Veränderung.

Die Fälle stützen die Behauptung, daß plötzliches Ergrauen der Haare vorkommt. Theoretische Folgerungen aus diesen Fällen zu ziehen, hält Verfasser für verfrüht, da die Anschauungen über das Ergrauen der Haare, insbesondere über plötzliches Ergrauen, zu wenig geklärt seien; auf jeden Fall seien Nerveneinflüsse zu berücksichtigen.

Franz-Dresden.

Idioneurosen.

Seife als Ursache des Hautjuckens, von Buttersack-Trier. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Bei einem innerlich vollkommen gesunden Manne war plötzlich ohne auch nur irgend etwas Auffallendes auf der Haut zu sehen, ein überaus quälendes Hautjucken aufgetreten. Die Ursache wurde in der Anwendung einer Seife gefunden, nach deren Weglassen sich erst allmählich das Jucken legte.

Fischer-Dresden.

Die Behandlung des Hautjuckens, von E. Bäumer. (Dtsch. med. Presse, 1912, Nr. 16.) Nichts Neues bringend. Haas-Hamburg.

Über die Heilung des Juckens mit autogener Vakzine, von A. Schischlo-Wladiwostok. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Ein Patient mit hartnäckiger Furunkulose namentlich der Bartgegend litt gleichzeitig an unerträglichem Hautjucken (Achselhöhlen, After), das der mannigfachsten Therapie nicht gewichen war. Nach Beseitigung der Furunkulose durch Autovakzine war auch das Jucken verschwunden. Verfasser nimmt an, daß das Jucken durch fortgesetzte Überschwemmung des Blutes mit Toxinen aus den Furunkeln hervorgerufen und unterhalten wurde; es hörte auf, sobald die weitere Zuführung von Toxinen sistierte. H. Lautsch-Graudenz.

Die hygienische und medikamentöse Behandlung des Pruritus cutaneus, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, Nr. 94 und 95.) Die hygienischen Maßnahmen wirken zwar nicht so energisch auf den Juckreiz wie die Medikamente, doch sind sie zur Erreichung völliger Heilung und zur Verhinderung der Rezidive unerläßlich. Man wird vor allem den Kranken jegliche Wollwäsche verbieten und nur weißes Leinen als Unterkleidung zulassen. Die Diät muß einfach, nicht reizend sein; es darf nicht zuviel gegessen werden; die Speisen sollen langsam genossen und ordentlich gekaut werden. Auf Störungen der inneren Organe (Leber, Niere usw.) muß Rücksicht genommen werden. Tabak, Alkohol u. ä. ist zu verbieten. Zweckmäßig ist auch eine Änderung der äußeren Umstände, Spitalaufenthalt, Landleben usw. Von inneren Mitteln kommen Chinin, Karbolsäure, Arsen, Valeriana, Chloral, Antipyrin in Betracht. Zuletzt gibt P. eine Aufzählung und kurze Besprechung der in Betracht kommenden Salben und Puder.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis des einfachen und komplizierten Pruritus der Tabiker, von Jules Duprey. (Thèse de Paris, 1912.) Fritz Loeb-München.

Ovariale Opotherapie in der Behandlung des Pruritus vulvae, von A. Babesch und I. Buia-Bukarest. (Spitalul, 1913, Nr. 2.) Die Verfasser sind der Ansicht, daß der Pruritis vulvae, welcher oft bei älteren Frauen im Verlaufe des Klimakteriums auftritt, auf Ovarialinsuffizienz zurückzuführen ist und haben dementsprechend die einschlägige Behandlung mit Extrakt aus den Corpora lutea durchgeführt. Die Resultate waren sehr gute und sollten also auf diesem Gebiete weitere Beobachtungen gesammelt werden.

Digitized by Google

Die Erklärung dieses Pruritus würde in vaskulären Veränderungen, hervorgerufen durch die insuffizienten Eierstöcke, zu suchen sein. E. Toff-Braila.

Über die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen, von Herzberg-Berlin. (Med. Klinik, 1912, H. 46.) Der Verfasser hat bei dem der sonstigen Therapie ungemein schwer zugänglichen Pruritus vulvae sehr gute Erfahrungen mit Pittylen resp. Pittylenseifen gemacht; er empfiehlt folgendes Verfahren:

Der Patient nimmt abends vor dem Schlafengehen ein warmes Sitzbad, dessen Wasser zwei Eßlöffel flüssige 10%ige Pittylenseife zugesetzt sind; nach dem Abtrocknen wird die Haut mit 5%iger Pittylenmentholseife eingefettet. Bei höher in die Scheide hinaufreichendem Pruritus erfolgt nach Ausspülung der Scheide Einfetten mit 5—10%iger Pittylensalbe, so weit gerötete Stellen sichtbar sind. Bei der Behandlung der Vulva tut man gut, den Seifenschaum über Nacht eintrocknen zu lassen, auf die eingeseiften Hautpartien Zinkpuder zu streuen und am nächsten Morgen mit lauwarmem Wasser die Stellen zu reinigen. Aus der Reihe der eigenen Erfolge veröffentlicht der Verfasser zwei Krankengeschichten. Lasch-Breslau.

Sekretionsanomalien.

Hyperidrosis, Ätiologie und Behandlung, von H. G. Wertheimen-Pittsburg. (New York med. Journ., 29. März 1913.) Hyperidrosis ist nervösen, zentralen oder peripheren Ursprungs. Die Ursachen sind innere, wie Erkrankung der Schweißdrüsen selbst, Herzaffektionen, Anämie, Neurasthenie, häufig Plattfuß, und äußere, wie Pilokarpin und alle Arsenikpräparate. Bei der Behandlung kommen in erster Linie die kausalen, gegen das ursächliche Leiden zu richtenden Mittel in Betracht, dann die lokalen, welche in Form von Adstringentien und Antihyperhidrotika verordnet werden. Erstere schließen die organischen Säuren, Essig-, Salizylsäure, Tannin, und die anorganischen, wie salpetrige, Schwefel-, Borsäure, ein. Von letzteren sind die gebräuchlichsten Formaldehydlösung, Chromsäure, Unguent. diachylon Hebrae und Bismuth. subgallicum. Letzteres ist ein besonders gutes und wirksames Pulver, bei vorhandenem Ekzem ist das Unguent. diachylon indiziert; bei vasomotorischen Störungen sind heiße Fußbäder mit nachfolgender Behandlung mit Formaldehydlösung oder Salizyl- oder Tanninpulver angezeigt. In ganz hartnäckigen Fällen Röntgenbehandlung, die aber wiederholt angewendet werden muß, um die Drüsen zu zerstören und die Hyperidrosis definitiv zu heilen.

Stern-München.

Saprophyten und Fremdkörper.

Zusammenhang zwischen Pedikulosis und impetiginösen Hautmanifestationen, von Pietro Sabella. (Morgagni, 31. Januar 1913.) Der Verfasser fand in Fällen von Pedikulosis mit impetiginösen Erscheinungen immer den Staphylococcus aureus. Mit Schuppen und Krusten eines derartig Erkrankten machte er wäßrige, alkoholische und Petroleumsuspensionen, welche er bei Meerschweinchen intraperitoneal und bei Fröschen in den dorsalen Lymphsack und intraperitoneal injizierte. Bei letzteren trat keine Erkrankung auf, bei ersteren hingegen erschienen Allgemeinsymptome (Fieber) und lokale Symptome in Form von Verdickungen und von oberflächlichen Nekrosen an der Injektionsstelle. A. Gunsett-Straßburg.

Knochenbildung in einer Narbe, von Kumaris-Athen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 49.) Verfasser berichtet über einen Fall von echter Metaplasie von Narbengewebe in Knochengewebe. Es handelte sich um einen 24jährigen Patienten, der vor

Digitized by Google

vier Jahren auf das rechte Knie gestürzt war und seitdem über heftige Schmerzen im Oberschenkel und später auch im Hüftgelenk klagte. Vor drei Jahren wurde ein Abszeß an der Außenseite des oberen Drittels des rechten Oberschenkels inzidiert, der lange Zeit nicht verheilte, mehrmals selbst wieder aufbrach und noch einmal inzidiert wurde. Schließlich war er mit einer sehr schmerzhaften Narbe verheilt. Wegen der starken Beschwerden machte Verfasser einen breiten Schnitt in der Mitte längs der Hautnarbe, und fand schließlich in der tiefsten Schicht der Narbe einen ca. 4 cm langen und fingerbreiten spindelförmigen harten Körper, dessen histologische Struktur Übergang des fibrösen Bindegewebes an der Peripherie in reines Knochengewebe im Zentrum zeigte.

O. Junghanns-Dresden.

Über Mikrofilarien des Menschen im deutschen Südseegebiet und deren „Turnus", nebst Bemerkungen über die klinischen Manifestationen der dortigen Filariasis, von F. Fülleborn-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg., 1912, Bd. 16, H. 16.) Von der gesamten Arbeit, die fast nur für ein Spezialstudium Interesse hat, soll hier nur erwähnt werden, daß der Verfasser Gelegenheit hatte, Studien über den Zusammenhang von Filariasis und Elefantiasis zu machen; es handelte sich mit Ausnahme eines Falles von Skrotalelefantiasis stets um Elefantiasis an den Unterextremitäten. Außerdem beobachtete Fülleborn sehr häufig die typische starke Schwellung der Leistendrüsen.

Lasch-Breslau.

Der Ikterus nach Äther- und Chloroformnarkose, von Noël Fiessinger. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 4.) Das Chloroform kann durch seine Wirkung auf die Leber einen toxischen Ikterus hervorrufen, der oft sehr schwer, sogar tödlich verläuft. Der Äther wird besser vertragen. Nur selten findet man Leberaffektionen nach Äthernarkosen. Man tut deshalb bei Leberleidenden besser, eine Äther- statt eine Chloroformnarkose zu machen.

A. Gunsett-Straßburg.

Versuch der Behandlung des kongenitalen hämolytischen Ikterus durch Röntgentherapie der Milz, von Parisot und Heully. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 18.) Die Verfasser teilen zwei Fälle von kongenitalem hämolytischem Ikterus mit, die durch länger fortgesetzte Röntgenbestrahlungen der Milz wesentlich gebessert wurden, nachdem anfangs eine sehr erhebliche Verschlechterung eingetreten war, die in einer Vermehrung der Auflösung der roten Blutkörperchen, in Vergrößerung der Schwellung und der Schmerzhaftigkeit der Milz bestand. Leider finden sich keine Angaben über die Dosen der Röntgenstrahlen, die verabreicht wurden.

A. Gunsett-Straßburg.

Mißbildungen.

Über Erblichkeit des Atheroms, von H. Schneider. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.) Verfasser bringt als Beweismittel für die Vererbung der Neigung zu Atheromgeschwulstbildung den in dieser Beziehung interessanten Stammbaum seiner eigenen Familie, welche in fünf Generationen das Vorhandensein dieser Abnormität bei mehreren Mitgliedern aufweist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Negeralbino, von A. Blaschko-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 45.) Verfasser berichtet über die Beobachtung eines Negeralbinos, der bei sonst völligem Negertypus strohblondes Haar und weiße Hautfarbe mit kleinen Pigmentspritzern am Oberkörper zeigt. Die Frage, ob es sich vielleicht um das Resultat einer Mischehe, eventuell aus früheren Generationen handelt, wird verneint, mit Rücksicht auf die Beobachtung, daß die Kinder aus der Ehe Schwarzer mit Weißen entweder Intermediärfarben oder weiße Farbe mit kaukasischem resp. schwarze Farbe mit Negertypus zeigen, während hier weiße Farbe mit Negertypus vorliege. B. will daher den

Digitized by Google

Zustand als pathologische Varietät angesehen wissen, da sowohl Auge wie Haut pathologische Erscheinungen darbieten (Lichtscheu, Myopie, Nystagmus, Überempfindlichkeit). Die sehr interessanten Bemerkungen über Entstehung und Vererbung des Albinismus müssen im Original nachgelesen werden. H. Lautsch-Graudenz.

Über eine Eigentümlichkeit in der Struktur der Schweißdrüsen bei einem Naevus sebaceus, von Enzo Bizzozero. (Archivio per le Scienze Mediche. Bd. 36, Nr. 11.) Manche Zellen des sezernierenden Anteiles einiger vom Verfasser untersuchter Schweißdrüsen sind wesentlich vergrößert. In ihnen findet er neben dem Zellkerne in dessen unmittelbarer Umgebung einen oder mehrere andere Kerne, die sich bei Färbung mit Hämatoxylin-Eosin rosarot, bei Tinktion nach Biondi-Ehrlich-Heidenhain leuchtend rot färben. Diese Kerne gleichen oft dem Zellkerne an Größe, manchmal sind sie kleiner — besonders wenn sie in größerer Zahl vorhanden sind — selten sind sie größer als dieser. Im jugendlichen Zustande zeigen diese azidophilen Gebilde zahlreiche Granula, eine deutliche Membran und gewöhnlich ein Chromatinnetz. Mit zunehmendem Alter verschwindet zunächst das Chromatinnetz, die Zahl der Granula nimmt ab, und endlich resultiert eine von einer distinkten Membran umschlossene Vakuole. Der Verfasser hält diese azidophilen Kerne für aus dem Zellkerne durch amitotische Teilung entstanden. Er erinnert an den Befund Rabls (Mračeк: Handbuch d. Hautkrankheiten, Bd. 1, S. 118), der in Schweißdrüsen direkte Teilung von Zellkernen nachweisen konnte und der auf diese Weise gebildete, zweikernige Zellen sah. Als Ursache für das Entstehen der azidophilen Kerne nimmt Bizzozero einen mehr oder weniger flüchtigen Reiz an. Dieser soll zunächst Hypertrophie des Protoplasma und dann die amitotische Teilung des Kernes verursachen. Schwindet der Reiz, so tritt mit der Reduktion des Protoplasma auch Verminderung der Kernsubstanz ein. Diese gibt sich kund in dem Schwinden der Granula und läßt endlich aus den azidophilen Kernen von Membranen begrenzte Vakuolen werden. Silberstein-Hamburg.

Die physikalische Behandlung der Nävi, von Ruthon. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 52.) Pigmentnävi: Sie sind für die Therapie am undankbarsten. Elektropunktur, ultraviolette Strahlen, Radium, Röntgenstrahlen, Kohlensäureschnee, dies alles gibt nur mäßige Resultate, wobei man sich infolge der Gefahr der malignen Degeneration vor zu vielem Reizen hüten muß. Es ist besser, in diesen Fällen zum Messer zu greifen. Allerdings gelingt es, mit Röntgenstrahlen das Haarkleid der Nävi zum Schwinden zu bringen und mit der Quarzlampe ihre Farbe zum Abblassen zu bringen, ein Erfolg, der aber nicht immer ein dauernder ist. Besonders erfolgreich ist die physikalische Therapie hingegen bei den Naevi vasculosi. Die kleinen sternförmigen Nävi werden leicht mit Elektrolyse zerstört. Bei den planen Nävis empfiehlt R. besonders die Quarzlampe. Für die Angiome haben wir in der Elektrolyse ebenfalls ein sicher wirkendes Mittel. Die Röntgenstrahlen wirken besonders auf die erektilen Blutgeschwülste, und das Radium kann in allen Fällen die Röntgenstrahlen ersetzen, wo diese wirksam sind.

A. Gunsett-Straßburg.

Halbseitige Körperhypertrophie im Verein mit Nävus und Varizenbildung, von E. D. Telford-Manchester. (Lancet, 9. Novbr. 1912.) Einen recht präzisen Fall dieser seltenen aber immerhin gelegentlich beobachteten (Adams, 1853) Kombination von Wachstumsanomalien hat Verfasser bei einem nebenbei an Rachitis leidenden siebenjährigen Mädchen beobachtet. Die Affektion war rechtsseitig. Es fand sich ein ausgedehnter Naevus flammeus an der unteren Partie des Rumpfes nebst zahlreichen kleinen Varizen am Abdomen und Oberschenkel. Die Hypertrophie der rechten Seite war deutlich ausgeprägt und betraf sowohl die Knochen als auch namentlich das sub-

Digitized by Google

kutane Zellgewebe. Besonders auffallend ist der Unterschied in der Größe der Füße. Auf einen Versuch zur Erklärung der Anomalien läßt sich Verfasser aus guten Gründen nicht ein. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Hypertrichosis, von Adolf Brand-New York. (New York med. Journ., 5. April 1913.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, beschreibt B. genau das elektrolytische Verfahren, das er für das Beste zur dauernden Entfernung überflüssiger Haare erklärt. Die Operation ist durchaus gefahrlos und, wenn mit der — allerdings — nötigen Geschicklichkeit, der Auswahl der richtigen Nadel und der für jeden Fall notwendigen Stromstärke ausgeführt, braucht man irgend welche Narbenbildung für den Patienten nicht zu befürchten. Um letztere zu vermeiden, muß man einen möglichst schwachen Strom, der gerade noch hinreicht, wählen, einige Tage bis zur Wiederholung verstreichen lassen und zur Nachbehandlung höchstens das Gesicht mit warmem Wasser und etwas Cold-cream abreiben. Wichtig ist es, die Patienten auf eine langwierige Behandlung und den Umstand, daß manche Haare nicht mit einer Sitzung zerstört werden können und unmittelbar auf die Elektrolyse Röte und punktförmige Stellen auftreten, ausdrücklich hinzuweisen. Stern-München.

Elephantiasis glabra congenita, von Honoria Acosta-Sisou. (Bull. of the Manila med. Soc., Dez. 1912.) Als Einleitung bemerkt der Verfasser, daß kongenitale Elefantiasis selten genug zur Beobachtung käme, um die Veröffentlichung eines Falles berechtigt erscheinen zu lassen; dann folgt die Erklärung des Begriffes „Elefantiasis", das Vorkommen derselben im Anschluß an Kreislaufstörungen, Stauungen im Lymphgefäßsystem bei den verschiedenen Hautaffektionen oder im Anschluß an die Zerstörung oder Exstirpation von Lymphdrüsen; sie ist häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern, und häufiger bei Männern als bei Frauen, befällt am häufigsten die unteren Extremitäten und die äußeren Genitalien; sie kann hart oder leicht eindrückbar sein mit entweder glatter Epidermis (Elephantiasis glabra) oder papillomatöser; sie kann unregelmäßig verdickt oder fahl durchscheinend und glänzend sein.

Die Symptome der Elefantiasis variieren gemäß ihrer Ursache. Die besonders interessierenden Punkte des beschriebenen Falles sind: der kongenitale Charakter der Hyperplasie, ihre Verbreitung und das Fehlen widriger Symptome. Ein Kind, bei dem anamnestisch keinerlei ätiologisches hereditär belastendes Moment festzustellen war, zeigte bereits bei seiner Geburt bei sonst guter Entwicklung eine Elefantiasis der linken unteren Extremität, welche innerhalb eines Jahres erheblich zunahm; ohne irgend eine Störung des Allgemeinbefindens, ohne Knochenerkrankung, Muskelschwäche oder dergleichen verstärkte sich die Elefantiasis des weichen Gewebes der linken unteren Extremität sehr erheblich von der Abdominalgrenze bis zum Fußrücken unter Mitbeteiligung der Glans penis als einzigem miterkranktem Teil der äußeren Genitale.

Für das Zustandekommen sind drei Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, nämlich: 1. Lipomatosis (dabei pflegt die Hyperplasie bilateral und ausgedehnter und die Glans penis nicht mitbeteiligt zu sein), 2. eine Verstopfung der linken Vena iliaca communis (dabei ist das Ödem gewöhnlich sehr weich und eine deutliche Verbreiterung der Venen der Oberfläche sichtbar), 3. eine Stauung in den Lymphdrüsen der linken Inguinalgegend, und dafür spricht, daß diese Drüsen das Sammelbecken der oberflächlicheren und tieferen Lymphbahnen der unteren Extremitäten wie der Glutäal- und Unterbauchgegend sind, daß die Affektion sich auf diese Gebiete beschränkt und sich sehr langsam und ohne unangenehme Begleiterscheinung entwickelt hat.

Als unmittelbare Ursache für das Entstehen der Elefantiasis möchte der Verfasser infolge des Fehlens aller hereditären Momente und aller unangenehmen Nebenerscheinungen der Ansicht sein, daß es sich nicht um eine infektiöse Erkrankung handelt,

Digitized by Google

sondern nur um eine Art Mißbildung oder mangelhafte Entwicklung der linksseitigen Inguinaldrüsen. Lasch-Breslau.

Elefantiasis congenita, von Gallois. (Lyon méd., 1913, Nr. 6.) Das jetzt dreijährige Kind zeigte bei der Geburt ein derbes Ödem der Hände und Unterextremitäten, sowie eine Vergrößerung des Penis. Das Ödem der Hände ist verschwunden, die übrigen Veränderungen sind geblieben. Richard Frühwald-Leipzig.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Männliche Geschlechtsorgane, von W. H. Schultze-Braunschweig. (Handb. der allgem. Path. und der path. Anat. des Kindesalt., 2. Bd., 1. Abt.) Eine ausgezeichnete Bearbeitung über die Entwicklungsgeschichte, Anatomie und Pathologie der männlichen Geschlechtsorgane, deren Wert durch die anschließende ausgedehnte Literaturangabe erhöht wird. Das Studium dieser Arbeit kann eindringlichst empfohlen werden.

Chrzelitzer-Posen.

Ein Hermaphrodit?, von Walter Sands Mills-New York. (New York med. Journ., 18. Januar 1913.) Bei dem 15jährigen „Mädchen" war der Allgemeineindruck ein männlicher: keine Spur einer Brustdrüse, nur kleine Warzen, die Brust maß 32 1/4 Zoll bei der Inspiration und 29 3/4 Zoll bei der Exspiration. Am Mons veneris endigten die Haare in einer wohl ausgeprägten horizontalen Linie, wie bei einer reifen Frau, und waren in reichlicher Menge vorhanden; bei der genauen Untersuchung (in Rückenlage) zeigten sich die gesamten Genital-, Perineal- und Aftergegenden mit einer großen Menge krauser, schwarzer Haare bedeckt, wie man es zuweilen bei haarigen Männern findet. In der Mitte derselben, nahe den Pubes, war ein wohlgeformtes, penisähnliches Organ (1 1/2 Zoll lang), das am Ende eine Glans und ein Präputium trug; in der Glans war keine Öffnung, anstatt eines Frenulum ein Gebilde, das einigermaßen den Labia minora glich, die an der unteren Seite der Glans sich vereinigten. Von Skrotum oder Testikel war keine Spur vorhanden, auch nicht von Labia majora. Unter der Wurzel des penisähnlichen Organes war ein Schlitz in der Haut des Perineum von zirka ein Zoll Länge, und wenn man denselben möglichst weit auseinander zog, war die Öffnung der Harnröhre in etwa ein Zoll Tiefe zu erkennen. Bei Einführung des Zeigefingers in den Spalt fühlte man etwas wie eine Zervix, aber ohne Öffnung, und die rudimentäre Vagina erschien als vollständige Schleimhaut, jedoch ohne Falten. Über das sexuelle Leben des Individuums — Menstruation hatte es noch keine — war nichts Weiteres zu erfahren.

Stern-München.

Die Bahnen der Infektion bei der Urogenitaltuberkulose, Hunterian Lecture, von K. M. Walker. (Lancet, 15. Februar 1913.) Verfasser gründet seine Auffassung von dem Modus der Einwanderung des tuberkulösen Virus bei Affektionen im Bereich des Urogenitalapparates auf klinische Beobachtungen, pathologisch-anatomische Untersuchungen und Tierexperimente. Seiner Beobachtung nach findet eine Infektion des Hodens vom Blutstrome aus nur äußerst selten statt, wenn er auch die Möglichkeit eines solchen Vorganges durchaus nicht absolut leugnen will. In der Regel aber ist eine tuberkulöse Erkrankung des Hodens nur eine Begleiterscheinung von Tuberkulose an anderen Organen des Körpers. Unter 22 speziell daraufhin untersuchten Fällen von Hodentuberkulose ergaben alle außer zwei sehr erklärlichen Ausnahmen das Vorhandensein von Prostataerkrankungen, welche jedenfalls zum großen Teil als das Primäre anzusehen waren. Nach Blaudinis Experimenten ist es sehr wohl möglich für Bakterien,

Digitized by Google

der Richtung des Sekretstromes der Hoden entgegen zu wandern. W. brachte Kulturen von B. prodigiosus in die Urethra von Meerschweinchen und konnte bei drei von vier Tieren nach zwölf Stunden die Anwesenheit der Bakterien in der Epididymis sowie in den Samenbläschen und in den das Vas begleitenden Lymphbahnen nachweisen. Weitere Experimente mit Staphylococcus aureus und einer diphtheroiden Kultur lieferten analoge Resultate, und die Einbringung von Tuberkelbazillen erzeugte bei einem Kaninchen, dessen einer Nebenhoden absichtlich lädiert worden war, einen ausgesprochen tuberkulösen Prozeß im Laufe von sechs Wochen. Analoge Untersuchungen ließen ferner erkennen, daß Bakterien und auch anorganische Substanzen, wie Karmin und Eisenpulver, von der Blase aus bis in den oberen Abschnitt der Harnleiter und in die Nieren gelangen können. Hier, ebenso wie bei den Hodenaffektionen, fand die Fortwanderung offenbar auf dem Wege der Lymphbahnen statt, und die Wandung des Ureters resp. die Kapsel der Niere wurde nachweislich von außen her durchzogen. Im Lumen des Ureters resp. des Vas fanden sich stets höchstens vereinzelte Bakterien, die Überführung vermittelte vielmehr fast ausschließlich das Lymphgefäßsystem.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Infektion der Urogenitalorgane mit dem Mikrococcus catarrhalis, von E. H. Siten-Philadelphia. (New York med. Journ., 8. März 1913.) S. hatte Gelegenheit, eine Anzahl Fälle zu beobachten, wo die klinischen Erscheinungen nur leichten Ausfluß mehr oder weniger schleimigen Charakters waren, der Urin nicht wolkig war, keine Fäden enthielt und sorgfältige mikroskopische Untersuchung zwar Diplokokken, aber keine Gonokokken ergab. In der Mehrzahl der Fälle beschränkte sich die Infektion auf den vorderen Teil der Harnröhre und war keine blennorrhoische Harnröhrenerkrankung vorausgegangen. Das endoskopische Bild zeigte eine völlig normale Harnröhre, ebenso die zystoskopische Untersuchung normale Blase; Prostata und Samenbläschen nicht vergrößert. Die Inkubationszeit der Infektion mit diesem Mikrococcus catarrhalis wechselt von wenigen Tagen bis mehreren Wochen. Die beste Behandlung derselben ist eine negative, d. h. keinerlei lokale, und nur allgemein mit balsamischen Mitteln und reichlichem Wassergenuß. Silber in jeder Form, auch in der der neuen Salze, oder in ganz schwacher Lösung, vermehrt den Ausfluß. Die Dauer dieser katarrhalischen Harnröhrenaffektion ist im Durchschnitt 14 Tage, aber auch bis zu sechs Wochen, und Rezidive sind häufig. S. ist überzeugt, daß viele Fälle chronischer Urethritis in Wirklichkeit Infektionen mit dem Mikrococcus catarrhalis sind und dieselben sehr häufig unnötiger-, ja schädlicherweise mit allen möglichen lokalen Mitteln, Sonden usw. behandelt würden; eine sorgfältige bakteriologische Untersuchung würde völliges Fehlen von Gonokokken und Reinkulturen oft den Mikrococcus catarrhalis allein ergeben.

Stern-München.

Verschiedenes.

Der Internist Geh. Hofrat Prof. Erwin v. Baelz, früher in Leipzig und Tokio und bekannt durch seine Arbeit über hämorrhagische Syphilis, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. September 1913 | Nr. 39 | Band 57

Aus der syphilidologischen Klinik des Krankenhauses St. Göran in Stockholm.

Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis.

Von

Professor Dr. J. Almkvist.

In der letzten Zeit ist man eifrig bemüht gewesen, neue organische Quecksilberverbindungen zu finden, welche mit einer kräftigen parasitotropen Wirkung eine nur unbedeutende Giftigkeit vereinigen.

Ferdinand Blumenthal hat über biochemische Untersuchungen über aromatische Quecksilberverbindungen, die in Übereinstimmung mit den aromatischen Arsenkörpern (Atoxyl, Salvarsan u. a.) gebaut sind, und besonders über die Quecksilber-p-Diaminobenzoesäure berichtet.[1]) Franz Blumenthal[2]) hat zahlreiche organische Hg-Verbindungen bei Kaninchensyphilis geprüft und das quecksilber-p-dinitrobenzoesaure Natrium besonders kräftig spirillozid gefunden. Launoy und Levaditi[3]) fanden auch bei einer anderen Quecksilberdikarbonsäure eine ausgesprochene Wirkung sowohl gegen die Hühnerspirillose, als gegen die Kaninchensyphilis.

Kolle und seine Mitarbeiter Rothermund, Dale und Peschié[4]) haben eine große Menge organische Hg-Präparate auf ihre Wirkung gegen Hühnerspirillose untersucht. Sie erzielten mit dem Sulfamino-dimethylphenyl-pyrazolon-quecksilber bei dieser Krankheit sehr gute Ergebnisse. Auch bei den klinischen Versuchen in zahlreichen Kliniken soll dieses Mittel sich sehr bewährt haben.

Die zahlreichen von Schoeller und Schraut[5]) dargestellten neuen

---

[1]) Biochem. Zeitschr., 1911, Bd. 32, S. 59, und Chemotherapeutische Probleme. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 12, S. 543. — [2]) Über die Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis mit aromatischen Quecksilberdikarbonsäuren. Med. Klinik, 1911, Nr. 39, S. 1506. — [3]) Compte rendue de l'académie des sciences, Bd. 153, S. 304. Sitzung vom 24. Juli 1911. — [4]) Kolle, Rothermund und Dale, Experimentelle Untersuchungen über die therapeutische Wirkung verschiedener Quecksilberpräparate bei den Spirochätenkrankheiten der Hühner. Med. Klinik, 1912, Nr. 2, S. 65. Kolle, Rothermund und Peschié, Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34, S. 1582. Kolle, Rothermund und Peschié, Zeitschr. f. Immun., Bd. 16, H. 2. Kolle und Rothermund, Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate. Med. Klinik, 1913, Nr. 21, S. 835. — [5]) Müller, Schoeller und Schraut, Zur Pharmakologie organischer Quecksilberverbindungen. Biochem. Zeitschr., 1911, Bd. 33, S. 381. Schoeller und Schraut, Neue Anschauungen über den Chemismus der Gift- und Heilwirkung organischer Quecksilberverbindungen. Med. Klinik, 1912, Nr. 29.

Digitized by Google

Hg-verbindungen sind zum großen Teil von Schilling und Krogh [1]) bei der Rekurrens der Ratten geprüft, aber nur einige derselben, bei welchen das Quecksilber nur mit einer Valenz an den Benzolkern gebunden ist, wurden als relativ wirksam befunden.

In den meisten dieser neuen organischen Hg-Verbindungen ist das Hg an den Kohlenstoff des Benzolkernes oder der aliphatischen Reihe gebunden, und zwar so fest, daß die Lösungen dieser Verbindungen keine freie Hg-Ionen enthalten („komplexe Verbindungen"). Wenn das Quecksilber mit seinen beiden Valenzen in dieser Weise gebunden ist, kann es in keiner Weise, weder durch Schwefelwasserstoff, Schwefelammonium oder durch Kochen mit Schwefelalkali als Schwefelquecksilber niedergeschlagen werden („vollkomplexe Verbindungen"). Ist nur die eine Valenz des Quecksilbers an den organischen Rest gebunden, so ist das Quecksilber durch Kochen mit Schwefelalkali, kaum aber durch Schwefelwasserstoff oder Schwefelammonium fällbar („halbkomplexe Verbindungen").

Da man durch die Versuche mit allen diesen verschiedenen organischen Quecksilberpräparaten bis jetzt keinen therapeutischen Fortschritt vor der Behandlung mit den alten Quecksilbermitteln erreicht hat, schien es mir angezeigt, neue ähnliche Hg-Verbindungen zu untersuchen, und zwar, weil die überwiegende Mehrzahl solcher Verbindungen, wo das Quecksilber an den Kohlenstoff des Benzolkernes oder der aliphatischen Reihe gebunden ist, keine starke spirillozide Wirkung gezeigt hat, gerade diejenigen Verbindungen, wo das Quecksilber nicht an den Kohlenstoff gebunden ist.

Demgemäß habe ich das quecksilber-nukleinsaure Natrium in meiner Klinik einer Prüfung unterworfen. Dies Präparat haben früher Kolle und seine Mitarbeiter bei der Hühnerspirillose untersucht, aber keine starke parasitotrope Wirkung gesehen. Man darf doch die Hühnerspirillose nicht unbedingt mit der menschlichen Syphilis gleichstellen, wenn auch eine Menge von Quecksilbermitteln in therapeutischer Hinsicht sich sowohl gegen die Hühnerspirillose als gegen die Syphilis ähnlich verhalten.

Das Hg-nukleinsaure Natrium ist weiter bei Paralysie générale versucht worden, um eine Kombinationswirkung des Quecksilbers und der Nukleinsäure, welch letztere Temperatursteigerung und Leukozytose erzeugt, zu erreichen, und zwar zuerst von O. Fischer [2]) und dann von mehreren anderen. Soviel ich weiß, sind doch keine Versuche mit diesem Präparate bei früheren Formen der Syphilis gemacht worden.

Das Hg-nukleinsaure Natrium, welches zu meiner Verfügung von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel gestellt wurde, enthält 10,21 % Hg, das wahrscheinlich an den Stickstoff gebunden ist, und zwar so fest, daß es in wässeriger Lösung des Präparates nicht durch Schwefelwasserstoff oder Schwefelammonium als Schwefelquecksilber ausgefüllt werden kann. Schwefelwasserstoff erzeugt nur eine gelbliche, Schwefelammonium eine dunkle Färbung der Lösung. Schwefelnatrium kann doch

---

[1]) Schilling, Krogh, Schraut und Schoeller, Die Wirkung organischer Quecksilberverbindungen bei Spirochäteninfektionen. Zeitschr. f. Chemotherapie, 1912, Teil I, S. 21. — [2]) O. Fischer, Das Problem der Paralysetherapie. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 51, S. 2843.

Digitized by Google

in alkalischer Lösung HgS niederschlagen. Blankes Kupfer wird nicht amalgamiert.

Behandelt wurden zehn Fälle von sekundärer Syphilis (ein Fall doch an der Grenze des tertiären Stadiums) mit intramuskulären Injektionen 10%iger Wasserlösung in der Menge von 0,5—1,0 ccm (also 0,05—0,1 g Hg-nukleinsaures Natrium oder ungefähr 5—10 mg Hg) gewöhnlich jeden fünften Tag, insgesamt bis 7—8 Injektionen. Keine lokale Behandlung.

Die Fälle waren folgende:

Fall 1. 30jähriger Arbeiter. Aufgenommen 11. III. 1913 wegen Syphilis II (Pap. serpiginos. penis, scroti, anticruris dx). Behandelt mit Hg-nukleinsaurem Natrium: 14. III. 0,05, 20. III. 0,07, 25. III. 0,10 gm. Die Papeln waren schon 21. III. etwas und 26. III. vollständig eingesunken. Wegen schmerzhaften Anschwellungen nach den Injektionen wurde aber das Hg-nukleinsaure Natrium ausgesetzt und Ol. mercurioli verordnet, dessen Injektionen nicht schmerzhaft verliefen.

Fall 2. 22jährige Kellnerin. Aufgenommen 22. III. 1913 wegen Lues II (Sclerdenitis ing. bilat. + pap. mucos. vulv. et tonsillar. + exanthema maculos.) mit WaR. +++ und Alb. 0. Hg-nukleinsaures Natrium: 22. III. 0,05, 25. III. 0,075, 30. III. 0,10, 4. IV. 0,10, 9. IV. 0,10, 14. IV. 0,10, 19. IV. 0,10 g. Nach der ersten Injektion waren am folgenden Tage die Ausschläge akut angeschwollen und gerötet (HERXHEIMERS Reaktion?). Schon am 26. III. konnte man eine beginnende Überhäutung an den mukösen Papeln beobachten. 30. III. waren sie ganz trocken, teilweise eingesunken und 13. IV. ganz verschwunden. Das Exanthem war 7. IV. ganz verschwunden. Nach den Injektionen mehr oder weniger schmerzhafte lokale Anschwellungen, manchmal Kopfschmerzen, Übelkeit und Müdigkeit und einmalige Temperatursteigerung bis 38,1°. 1. V. WaR. +. Kein Albumin. Keine Stomatitis.

Fall 3. 48jähriger Arbeiter. Aufgenommen 29. III. 1913 wegen Syphilis (papulae et papulotuberculae). 1. IV. Hg-nukleinsaures Natrium 0,05 g intramuskulär. Nach der Injektion bedeutende lokale Anschwellung mit schweren Schmerzen, Kopfweh und Übelkeit. Infolgedessen wurde die nächste Injektion 4. IV. 0,03 g intravenös gegeben; nach dieser Kopfschmerzen, Übelkeit, Temperatur 39,0° C. 18. IV. wieder Hg-nukleinsaures Natrium intramuskulär 0,10 g. Infolge schwerer lokaler und allgemeiner Reaktion wurde aber 23. IV. zu Injektionen mit Ol. mercurioli übergegangen, welche gut vertragen wurden. Von den Symptomen waren diesen Tag hauptsächlich nur Pigmentflecke, teilweise narbig verändert, zu sehen.

Fall 4. 54jährige Ehefrau. Aufgenommen 29. III. wegen Syphilis II (Pap. mucos. vulv. et ad anum, Papulae colli) mit WaR. +++ und Spur von Albumin. Hg-nukleinsaures Na: 31. III. 0,5, 3. IV. 0,10, 6. IV. 0,10, 11. IV. 0,10, 16. IV. 0,10, 21. IV. 0,10 g. Wegen am 24. IV. auftretender perityphlitischer Symptome wurde die Behandlung ausgesetzt. Die mukösen Papeln waren am 10. IV. zum großen Teil, am 13. IV. vollständig eingesunken. Die Spur von Alb. verschwand während der Behandlung. 5. V. WaR. noch +++. Die Injektionen waren oft von schmerzhaften, lokalen Infiltrationen und dreimal von Kopfweh, Übelkeit und Fieber begleitet. Sechs Stunden nach der dritten Injektion trat Schüttelfrost und Fieber bis 39,9° auf. Kein Albumin. Keine Stomatitis.

Fall 5. 21jähriges Dienstmädchen. Aufgenommen 29. III. wegen Syphilis II (Pap. mucos. vulvae et ad anum, Roseola). WaR. +++, Alb. 0. Gravida im siebenten Monat. Hg-nukleinsaures Na: 31. III. 0,05, 3. IV. 0,10, 6. IV. 0,10, 11. IV. 0,10, 16. IV. 0,10, 21. IV. 0,10, 26. IV. 0,10, 1. V. 0,10 g. Die Roseola war am 7. IV. abgeblaßt und die mukösen Papeln am selben Tage bedeutend eingesunken. 13. IV. waren die klinischen Symptome verschwunden. Nur nach der letzten Injektion waren nennenswerte lokale

Digitized by Google

Anschwellungen zu finden. Keine allgemeinen Reaktionssymptome. WaR. 5. V. +++ und 28. V. +. Kein Albumin. Keine Stomatitis. In der Tagesmenge Urin ist mittels chemischer Analyse nachgewiesen: 2.—3. V. (1410 g, spez. Gew. 1,014) 4,5 mg Hg, 12. bis 13. V. (1720 g, spez. Gew. 1,014) 2,5 mg Hg, 22.—23. V. (1450 g spez. Gew. 1,014) kein Hg.

Fall 6. 23jährige Kellnerin. Aufgenommen 31. III. wegen Syphilis II (Pap. mucos. vulvae et tonsillar. und Exanthem. maculos. + leucoderma) WaR. +++, Alb. 0, Hg-nukleinsaures Na: 1. IV. 0,05, 4. IV. 0,10, 9. IV. 0,10, 14. IV. 0,10, 19. IV. 0,10, 24. IV. 0,10, 29. IV. 0,10, 4. V. 0,10 g. Das Exanthem 7. IV. verschwunden. Die mukösen Papeln an den Tonsillen 7. IV. verschwunden, diejenigen in Vulva 7. IV. teilweise eingesunken, trocken, 10. IV. ganz eingesunken, trocken. WaR. 5. V. +++. Nach den Injektionen immer lokale Anschwellungen und Kopfschmerzen, dreimal Temperatursteigerung bis 38,1 und zweimal Erbrechen. Kein Albumin. Keine Stomatitis.

Fall 7. 21jährige Wirtschafterin. Aufgenommen 3. IV. wegen Syphilis II (Pap. muc. vulv. et tonsillar. et linguae et anguli oris + Exanthema maculo-papul.). WaR. +++, Albumin 0. Hg-nukleinsaures Na à 0,10: 4. IV., 9. IV., 14. IV., 19. IV. Am 5. IV. sowohl das Exanthem als die mukösen Papeln gerötet und angeschwollen (Herxheimers Reaktion). Die mukösen Papeln der Mundhöhle 7. IV. teilweise getrocknet. 10. IV. beinahe, 14. IV. vollkommen eingesunken. Die mukösen Papeln der Vulva 13. IV. teilweise, 20. IV. vollkommen eingesunken. Das Exanthem zeigte sich gegen die Behandlung sehr resistent, war 17. IV. nur abgeblaßt, 24. IV. beinahe und erst 5. V. vollständig verschwunden. Nach den Injektionen schwere lokale Anschwellungen und allgemeine Reaktionen mit Temperatursteigerung bis 39°. Die Patientin konnte nur vier solche Injektionen nehmen, setzte dann mit vier Merkurialölinjektionen fort, die reaktionslos vertragen wurden. WaR. 5. V. +++. Kein Albumin. Keine Stomatits.

Fall 8. 19jährige Putzmacherin. Aufgenommen 21. IV. wegen Syphilis II (Papulae mucos. congregratae et hypertrophicae vulv. et ad anum + Scleradenitis + Roseola + Papulae annular. region. nuchae + Pap. dorsi linguaa + Psoriasis plantar + Leukoderma). WaR. +++, Albumin 0. Hg-nukleinsaures-Na 0,10: 22. IV., 27. IV., 2. V., 7. V., 12. V., 17. V. Die Roseola und die Papeln des Nackens waren 2. V. ganz verschwunden. Die hypertrophischen und konglomerierten mukösen Papeln der Vulva zeigten sich schon 24. IV. reiner und trockener als früher, waren 2. V. etwas und 5. V. bedeutend eingesunken und 22. V. waren von den großen Papeln, die lokal nicht behandelt wurden, nur Pigmentflecken zurück. Nach den Injektionen teils lokale Anschwellungen, die doch nicht so stark wie in mehreren anderen Fällen waren, teils Kopfschmerzen, Übelkeit und Temperatursteigerung bis 38,4°. Keine Stomatitis. Kein Albumin. In der Tagesmenge Urin ist chemisch nachgewiesen: 2.—3. V. (1430 g, spez. Gew. 1,019) 2 mg Hg, 12—13. V. (1750 g, spez. Gew. 1,020) 4 mg Hg.

Fall 9. 22jährige Köchin. Aufgenommen 16. V. wegen Syphilis II (Scleradenitis + Exanthema maculo-papulos. + Papulae mucos. fauc. et bucc. et capillit. + Psoriasis plantar.), WaR. +++, Alb. 0. Hg-nukleinsaures Na 0,10 17. V. Wegen schwerer lokaler Schmerzen und Allgemeinreaktion mit Temperatur 39,1 wollte die Patientin mit der Behandlung nicht fortsetzen, sondern ging zu Oleum mercuriali über, welche Behandlung sie gut vertragen hat.

Wie aus diesen Krankengeschichten zu ersehen ist, hat das Hg-nukleinsaure Na eine ziemlich kräftige Wirkung gegen verschiedene sekundäre Syphilissymptome ausgeübt. So sind z. B. deutliche Roseolaexantheme verschwunden nach einer Behandlung von 6, 10, 13 und 16 Tagen; aus-

Digitized by Google

gebildete muköse Papeln der Vulva und ad Anum sind vollständig eingesunken nach Behandlung von 9, 13, 13, 16 und 22 Tagen und muköse Papeln im Schlunde nach 6 und 10 Tagen. Hypertrophische muköse Papeln sind wohl erst nach Behandlung von 30 Tagen verschwunden (Fall 8), aber in Betracht der Größe dieser Papeln ist doch diese Zeit ohne lokale Behandlung ziemlich kurz. Serpiginierende Papeln am Penis und Skrotum waren in einem Falle nach 12 Tagen und annuläre Papeln des Nackens in einem anderen Falle nach 10 Tagen eingesunken. Doch zeigte sich im Fall 7 ein makulo-papulöses Exanthem gegen die Behandlung sehr resistent und schwand erst nach 31 Tagen. Da aber die anderen Symptome in dem betreffenden Fall schnell zurückgingen, müssen besondere Umstände hier vorhanden gewesen sein. HERXHEIMERS Reaktion ist einmal deutlich (Fall 7) und einmal undeutlich (Fall 2) aufgetreten.

Auch ist eine Einwirkung auf die WASSERMANNsche Reaktion in zwei Fällen (Fall 2 und 5) erschienen, indem die Reaktion von Stärke +++ vor der Behandlung in die Stärke + übergegangen ist. In drei Fällen, wo die Kur vollständig war, ist aber die Reaktion durch die Behandlung nicht beeinflußt worden. Doch kommt es auch bei den kräftigsten Hg-Kuren vor, daß die WaR. beim Ende der Kur unverändert bleibt.

Symptome von Hg-Vergiftung waren nicht vorhanden. Albumin ist in keinem Falle aufgetreten. Kolitische und stomatitische Symptome haben sich auch gar nicht gezeigt. Dem Auftreten dieser letztgenannten Veränderungen bei Anwendung komplexer Hg-Verbindungen folge ich seit längerer Zeit mit besonderem Interesse.

Durch meine Studien über Quecksilberstomatiten und Quecksilberkoliten bin ich nämlich seit mehreren Jahren von der Ansicht[1]), daß die gangränösen Ulzerationen bei diesen Prozessen nicht von der Ausscheidung des Quecksilbers abhängen, sondern von einem in den oberflächlichsten Kapillaren auftretenden Niederschlages von HgS, welcher infolge der Resorption des H_2S-Gases durch die erodierte Schleimhaut entsteht. Wenn diese Ansicht richtig ist, so ist zu erwarten, daß ein durch H_2S nicht fällbares Quecksilberpräparat niemals ulzeröse Kolitis oder Stomatitis hervorrufen wird, wenn dasselbe nicht im Körper zersetzt wird. In einer früheren Arbeit habe ich auch gezeigt, daß man ein Kaninchen mit der halbkomplexen Hg-Verbindung oxy-Hg-benzoesaurem Na vergiften kann bis es stirbt und in den Fäzes eine bedeutende Menge Quecksilber vor-

[1]) J. ALMKVIST, Über die Pathogenese der merkuriellen Kolitis und Stomatitis, Derm. Ztschr., 1906, Bd. 13, H. 12. Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkuriellen Kolitis und Stomatitis, Derm. Ztschr., 1912, Bd. 19, H. 11.

Digitized by Google

handen ist, ohne daß die bei Hg-Vergiftung der Kaninchen sonst so charakteristische Schwarzfärbung der Valvula spiralis des Zökums entsteht.

Infolge dieser meiner Ansicht schien es mir sehr interessant, das Hg-nukleinsaure Na in dieser Hinsicht näher zu prüfen, und ich bediente mich deshalb einer passenden Gelegenheit, die sich darbot. Der Fall war folgender:

Fall 10. 20jähriges Dienstmädchen, welches 16. I. bis 18. II. 1912 wegen Syphilis recens im Krankenhause St. Göran mit vier Neosalvarsaninjektionen und sieben Injektionen von Ol. mercurioli behandelt worden war. 17. III. zu wiederholter Behandlung wieder aufgenommen, symptomfrei, mit WaR. — und Albumin 0, aber mit bedeutenden nekrotisch-ulzerösen Veränderungen an der linken Seite der Zunge und am Zahnfleisch des linken Unterkiefers. Nachdem die Patientin vier weitere Neosalvarsaninjektionen bekommen hatte, wollte ich 2. IV. (sechs Wochen nach dem Ende der letzten Hg-Kur) mit Hg-Injektionen wieder anfangen, aber da die stomatitischen Veränderungen sich bis jetzt nur unbedeutend verbessert hatten, verbot sich eine neue Hg-Kur. In der Meinung, daß das Hg-nukleinsaures Na infolge seiner Unfällbarkeit durch H_2S für die stomatische Veränderungen ungefährlich sei, gab ich der Patientin Injektionen von 0,10 g Hg-nukleinsaures Na jeden fünften Tag, insgesamt bis sieben Injektionen. Diese Injektionen schienen nicht die Verbesserung der Stomatitis verhindert zu haben, denn am 17. IV. war sie ganz geheilt. Auch nach der Behandlung hat sich keine Stomatitis entwickelt.

Daß das Hg-nukleinsaure Na weniger gefährlich für die Entstehung einer Quecksilberstomatitis als die gewöhnlichen Hg-Präparate ist, scheint mir also obenstehender Fall anzudeuten.

In den Fällen 5 und 8 habe ich durch chemische Analysen des Urins versucht, die Ausscheidung und Remanenz des Präparates zu untersuchen. Die Menge des Hg scheint während der Behandlung zu steigen, remaniert eine kurze Zeit im Körper, während welcher es sich allmählich vermindert, und hat nach 20 Tagen den Körper ganz verlassen.

Die intramuskulären Injektionen sind in meinen Fällen von sowohl lokalen als allgemeinen Reaktionssymptomen begleitet. Nur im Falle 5 waren keine allgemeine und nur unbedeutende lokale Reaktionen vorhanden, sonst waren dieselben gewöhnlich ziemlich schwer und in den Fällen 1, 3, 7 und 9 unerträglich, so daß die Patienten zu Merkuriolinjektionen übergehen mußten. Da diese letzten Injektionen reaktionslos verliefen, kann die Ursache der schweren Reaktionen nicht in einer Idiosynkrasie gegen Hg an und für sich liegen, sondern muß eine Wirkung der organischen Verbindung Hg-nukleinsaures Na sein.

Um zu untersuchen, ob auch das syphilitische Gift im Körper zu dieser Reaktionswirkung beitragen konnte, habe ich ein latent-syphilitisches 19jähriges Mädchen, welches mit einer Injektionskur von Ol. merkurialis behandelt wurde und diese Einspritzungen reaktionslos ertrug, eine Injektion mit 0,10 g Hg-nukleinsaures Na statt mit Ol. mer-

Digitized by Google

curialis gegeben. Einige Stunden nach dieser Injektion Kopfschmerzen, Übelkeit, Temperatur 38° und schmerzhafte Anschwellung an der Injektionsstelle.

Wegen dieser Reaktionserscheinungen habe ich nicht größere Dosis als 0,10 g injizieren wollen.

Schluß.

Das Hg-nukleinsaure Na hat bei der menschlichen Sekundärsyphilis eine deutliche Einwirkung auf verschiedene Symptome. Es scheint also kräftiger gegen die menschliche Syphilis als gegen die Hühnerspirillose (bei welcher KOLLE keine Einwirkung gesehen hat) zu wirken.

In chemischer Hinsicht verhält sich das Hg-nukleinsaure Na ungefähr so wie die sogenannten „halbkomplexen Verbindungen". Die meisten dieser Verbindungen, bei welchen das Hg an den Kohlenstoff des Benzolkerns oder der aliphatischen Reihe gebunden ist, haben keinen großen therapeutischen Erfolg gezeigt. Da im Hg-nukleinsauren Na das Hg nicht an den Kohlenstoff, sondern an den Stickstoff gebunden ist, scheint es möglich, daß diese Art der Bindung des Quecksilbers, die kräftigere parasitotrope Wirkung dieses Präparates bedingt. Hierbei möchte ich auch bemerken, daß in dem neuen Präparat „Argulan" (Sulfamino-dimethyl-phenyl-pyrazolon-quecksilber), welches nach den vorliegenden Mitteilungen die stärkste spirillozide Wirkung von den bis jetzt dargestellten organischen Hg-Verbindungen zu haben scheint, das Hg ebenfalls nicht an Kohlenstoff, sondern an den Stickstoff oder an die Sulfaminogruppe gebunden sein soll.

Das Hg-nukleinsaure Na remaniert nicht lange im Körper, sondern ist nach kurzer Zeit (in einem Falle 20 Tage) aus dem Körper verschwunden.

Es scheint möglich zu sein, daß das Hg-nukleinsaure Na nicht so leicht wie die gewöhnlichen Hg-Präparate stomatische Veränderungen verursacht. Ich bin geneigt, in Übereinstimmung mit meiner Ansicht über die Pathogenese der merkuriellen Stomatitis diesen Umstand da durch zu erklären, daß in der Lösung des Hg-nukleinsauren Natriums kein HgS durch den H_2S ausgefällt werden kann. In praktischer Hinsicht, um die Entstehung einer Kolitis und Stomatitis zu verhüten, wäre es also, wie ich glaube, sehr wichtig, Quecksilbermittel zu finden, welche durch H_2S nicht fällbar sind, aber doch stark spirillozid wirken.

Die Verwendung des Hg-nukleinsauren Natriums in der Praxis wird leider sehr erschwert infolge der sowohl lokalen wie allgemeinen Reaktionserscheinungen, die sich bis zur Unerträglichkeit steigern können.

Digitized by Google

Feuilleton.

Die Prostitution jugendlicher Mädchen und ihre Bekämpfung[1]).

Von

K. Landgerichtsrat Rupprecht, früher Jugendstaatsanwalt, in München.

Die Prostitution jugendlicher Mädchen, das heißt weiblicher Personen unter 21 Jahren, vollzieht sich im geheimen, weil in der neueren Zeit fast alle Polizeibehörden aus sozial-ethischen Gründen davon absehen, jugendliche Mädchen unter polizeiliche Kontrolle zu stellen. Die Zahl der in den Großstädten geheime Prostitution treibenden jugendlichen Dirnen läßt sich daher auch nur ganz allgemein schätzen. Einen ungefähren Anhalt geben die Erhebungen der Münchener Polizeidirektion; sie nimmt auf Grund einigermaßen zuverlässiger Grundlagen die Zahl der sämtlichen geheime Unzucht treibenden Frauenspersonen für das Jahr 1911 mit 2574 an; unter diesen befanden sich 1034 minderjährige Mädchen; von diesen wiederum waren 374 noch nicht 18 Jahre alt. Es sind das ganz erschreckend hohe Ziffern; man wird kaum fehlgehen, wenn man ein gleiches Anteilsverhältnis der minderjährigen und jugendlichen Prostituierten zur Gesamtzahl der geheimen Dirnen in den anderen Großstädten, die für London auf 60000, für Paris auf 40000, für Berlin und New York auf je 30000, für Wien auf 25000 geschätzt wird, annimmt. Das Wiener Polizeipräsidium hat durch eine mehrere Jahre fortgesetzte Berechnung festgestellt, daß auf je 1000 aufgegriffene geheime Prostituierte durchschnittlich 570—580 minderjährige Dirnen, also prozentual mehr noch als in München, trafen, während gegen 20% noch nicht einmal 18 Jahre alt waren.

Nicht nur in sozial-sittlicher, sondern auch in gesundheitlicher Beziehung muß diese hohe Zahl jugendlicher Dirnen schwere Bedenken erregen. Denn es ist eine feststehende Tatsache, daß gerade die jugendlichen Prostituierten für die Volksgesundheit am allergefährlichsten sind. Im Fall einer geschlechtlichen Erkrankung begeben sie sich teils aus natürlicher Scham, teils aus Scheu vor eventueller polizeilicher Beanstandung, teils aus Unkenntnis des Zustandes nicht zum Arzt oder ins Krankenhaus, sondern treiben ihr Gewerbe weiter; sie sind aber auch einer Ansteckung viel häufiger und leichter ausgesetzt als die älteren, schon immun gewordenen Prostituierten. In Berlin wurden von den im Laufe eines Jahres vorgeführten jugendlichen Dirnen die Hälfte, in Wien fast die Hälfte als geschlechtskrank befunden; in München waren von den im Jahre 1912 wegen Verdachts der Gewerbsunzucht vorgeführten jugendlichen Dirnen 19 von den 32 noch nicht 16jährigen, 104 von den 332 zwischen 16 und 18 Jahre alten und 239 von den 660 18—21 Jahre alten geschlechtskrank; das Jugendgericht München bestrafte in den Jahren 1909—1911 insgesamt 86 jugendliche Mädchen wegen Gewerbsunzucht; von den erst 15jährigen dieser Dirnen waren 55,5%, von den 16jährigen 61,1%, von den 17jährigen 66,6% geschlechtskrank. Bedenkt man, daß diese Mädchen ihre „Kundschaft" hauptsächlich in den Kreisen von Studenten, jungen Kaufleuten, Arbeitern und Soldaten haben, die häufig aus Unkenntnis oder Leicht-

[1]) Auszugsweise Wiedergabe eines Vortrages im Verein für Mutterschutz und Sexualreform in Berlin am 8. VI. 1913.

Digitized by Google

sinn auf jeden hygienischen Schutz verzichten, so kann man die schlimme Gefährdung ermessen, die gerade dieses Dirnentum für die Allgemeinheit in sich birgt. Diese Mädchen nehmen meist auch Berufsstellungen ein, die sie leicht mit den genannten Personengruppen zusammenführen und die Anknüpfung des Verkehrs erleichtern. Sie gehen als Animiermädchen, Büfettdamen, Kassiererinnen, Sängerinnen, Tänzerinnen in Stellung, um ungehindert dem Unzuchtsgewerbe frönen zu können; daneben stellt freilich der Stand der jungen Dienstmädchen eine recht große Zahl zu den geheimen Dirnen, besonders dann, wenn Arbeitslosigkeit zu diesem Erwerb hinleitet. Denn Beobachtungen in verschiedenen Großstädten haben übereinstimmend ergeben, daß die Mehrzahl der jugendlichen Prostituierten vom Lande oder aus der Kleinstadt stammt. Ohne besondere Ausbildung, dagegen mit um so größerer Einbildung von den Herrlichkeiten, die ihrer in der Großstadt harren, kommen diese Mädchen, oft im recht jugendlichen Alter, in die Stadt; unerfahren, ohne ehrlichen Freund, ratlos und hilflos im Trubel der Großstadt fallen sie dem raffinierten Verführer zum Opfer, besonders dann, wenn die mitgebrachten Spargroschen aufgebraucht sind oder die Dienststelle verloren ist. Die städtischen Vergnügungsorte: Ballokale, Variété, Theater, Kino, Cafés und wie sie alle heißen, führen zu Genußsucht und Arbeitsunlust und letzten Endes zur Gewerbsunzucht.

Es soll jedoch damit nicht in Abrede gestellt werden, daß soziale Gründe Wohnungsnot, Dirnenbeherbergung, Schlafgängerwesen, häusliches Elend ihr gutes Anteil an einer frühzeitigen Verderbnis der Mädchen, besonders der unteren Bevölkerungsschichten haben; auch die Verführung durch Freundinnen, Schwestern und Geliebte spielt eine nicht unerhebliche Rolle. Vielgestaltig wie das Leben sonst sind auch die Ursachen, die zum ersten Versuch auf diesem Wege des entehrenden Lasters führen und später diesen Weg wieder aufsuchen lassen.

Darum ist auch eine wirksame Bekämpfung dieser am grünen Holz der Volksgesundheit und Volkssittlichkeit zehrenden Seuche so schwer und wenig erfolgreich, nicht zuletzt auch deshalb, weil ja gerade bei dieser Form der Prostitution die Jugend eine besondere Vorbedingung ist, weil die Mehrzahl der Männer, die auf diese Weise ihre geschlechtlichen Triebe befriedigen zu müssen glauben, vor allem nach möglichst jugendlichen Körpern verlangen.

Mit polizeilicher Kontrolle und Reglementierung ist dieser Unzuchtsausübung noch weniger beizukommen als der Prostitution erwachsener Frauenspersonen; auch die strafrechtliche Ahndung hat sich zumeist als erfolglos erwiesen. Im Gegenteil führt die Strafvollstreckung in Gefängnisräumen, die auch mit erwachsenen Dirnen belegt sind, zu einer völligen sittlichen Vernichtung der jugendlichen Dirnen.

Mit vorbeugender und heilender Fürsorge kann noch am meisten erreicht werden, wenn gut organisierte caritative Vereine für vorübergehende Unterbringung, für Zurückbeförderung in die Heimat, für länger dauernde vertrauenerweckende Überwachung, für Einschaffung und Erziehung in Anstalten Sorge tragen. Aber auch eine sittliche Regeneration des männlichen Volksteils müßte, wozu freilich in unserer nur auf das materielle Sichausleben gerichteten Zeit wenig Aussicht bestehen dürfte, eintreten: es müßte als menschen- und mannesunwürdig gelten, junge Mädchen in verwerflicher Ausnutzung ihres jugendlichen Unverstands, ihrer Willensschwäche und ihrer wirtschaftlichen Notlage um schnöden Sündenlohn zur Prostitution ihres Körpers zu verleiten und den jungen Leib zur Befriedigung tierischer Begierden zu mißbrauchen; es müßte frühzeitig schon im Manne das sittliche Verantwortlichkeitsgefühl gefestigt und ihm eine wahrhaft sittliche Weltanschauung auch in geschlechtlichen Dingen unzerstörbar eingepflanzt werden, eine untilgbare Achtung vor der Menschenwürde, die auch

Digitized by Google

dem armen jungen Mädchen innewohnt, die es adelt und es vor niedrigen Antastungen ungezügelter Sinnlichkeit schützen sollte. Allein gerade in den Jahren, in denen diese innere Bildung dem Manne gegeben werden sollte und könnte, entbehrt er des Einflusses all der Kräfte, die ihn vorher in der Schule sittlich zu heben und zu veredeln gesucht haben, und unterliegt den Beispielen laxer Moral, die ein genußsüchtiges Großstadtleben ihm ständig vor Augen stellt.

Fachzeitschriften.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

Juli 1913, Bd. 1.

1. Verlauf der sich nach subkutaner Anwendung des Ehrlichschen Präparates Salvarsan (606) bildenden Infiltrate, von Morosow. M. berichtet über den Verlauf der Infiltrate bei 20, in der ersten Salvarsanperiode mit subkutanen Injektionen behandelten Kranken. Die lokalen Gewebsveränderungen nach der subkutanen Anwendung beginnen mit akut entzündlichen Erscheinungen, um im weiteren Verlauf ein sehr mannigfaltiges Bild anzunehmen. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß diese Infiltrate bei Kranken mit geschwächter Hauternährung (tertiäre Luetiker) öfter in Gangrän der Haut übergehen, wobei das Infiltrat wie ein Fremdkörper als Ganzes ausgestoßen wird. Als ein günstigerer Ausgang muß die Einkapselung des Infiltrates angesehen werden, falls dieselbe keine Schmerzen hervorruft. Die Behandlung der Infiltrate muß eine rein konservative und abwartende sein, um den Kranken nach Möglichkeit vor entstellenden Narben zu bewahren, die sich nach dem chirurgischen Eingriff einstellen. Die Abstoßung der nekrotischen Massen wird durch feuchte Wärme und Jodtinkturpinselung befördert. Die radikale Entfernung des Infiltrates ist nur bei zu großer Schmerzhaftigkeit geboten.

2. Ein Fall von Dermatitis chronica exfoliativa (Wilson-Brocq), von Msarrulow. Beschreibung eines typischen Falles. Der 42jährige Kranke behauptete, drei Tage nach einem Schreck von dem Leiden befallen worden zu sein.

3. Ein Fall von Parapsoriasis en gouttes à squames adhérentes (Brocq) bei einer Syphilitikerin, von Perkel. Bei dem gleichzeitigen Vorkommen von Syphilis und der Parapsoriasis en gouttes wurde die letztere anfangs für Lues gehalten. Erst das negative Resultat der spezifischen Behandlung klärte die Diagnose auf.

4. Zwei Fälle von Reinfectio syphilitica, von Glawsche. In dem einen von G. sowohl während der ersten wie der zweiten Infektion beobachteten Fall trat die Reinfektion im Laufe des ersten Jahres auf, in dem anderen Fall erkrankte ein Mann an Syphilis, welcher angab, schon einmal vor 15 Jahren eine syphilitische Infektion durchgemacht zu haben. Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Mai 1913, Bd. 25.

1. Über einen extramammalen Fall von Pagetscher Krankheit (in vulva), von Grintschar. Die rechte große Schamlippe einer 55jährigen Frau war im allgemeinen ekzematös verändert, wies aber in der mittleren Partie einen gelben nekrotischen Herd auf. Histologisch ließ sich stellenweise eine bedeutende Wucherung der Epidermis, speziell der subpapillaren Schicht, stellenweise eine Abflachung der Papillen und der

Digitized by Google

Epidermis nachweisen. In letzteren Partien fanden sich Krebszellen, wie eine Infiltration und Hypertrophie der Malpighischen Schicht. Der Fall wurde operativ behandelt.

2. Ein Mann mit überkompletter Brustwarze, von Schnittkind. Sitz der dritten Brustwarze rechts zwischen der sechsten und siebenten Rippe.

3. Zur Behandlung des Erysipels mit wiederholten Jodtinkturpinselungen bei gleichzeitigen wiederholten Kollargolinfusionen, von Shilinski. Nach dem Vorgange von Binet infundierte S., neben täglichen Jodpinselungen, eine 1%ige Kollargollösung zu 25—30,0 in die Vene und war mit dem therapeutischen Resultat zufrieden, da die Temperaturen in der Mehrzahl der Fälle zum Schluß der vierten Krankheitswoche fielen. Unangenehm ist nur das $1^1/_2$—3 Stunden nach der Infusion auftretende Erbrechen, wie das Nasenbluten, was sich aber bei Erwärmung der Kollargollösung auf 30° C und Anwendung einer anfangs geringeren Quantität (15,0) meist vermeiden läßt.

4. Eine neue Methode der Anwendung des Kohlensäureschnees, von Bogrow. Nach dem Vorgange von Sibley bediente sich B. einer Auflösung von Kohlensäureschnee in Äther, wobei er aber den Ausdruck Lösung nicht richtig findet, da der feste Körper sich nicht in einen flüssigen verwandelt, sondern die Flüssigkeit aufnimmt und einen Gelee bildet. Dementsprechend muß man zur Herstellung dieses Gelees zum Kohlensäureschnee den Äther gießen, und zwar im umgekehrten Verhältnis, zu einer größeren Menge Kohlensäureschnee wenig Äther. Dieses Gemisch ruft bei bloßer Berührung der Haut mit einem damit getränkten Wattebausch schon nach zehn Sekunden eine Erfrierung der betreffenden Stellen hervor. Therapeutisch gleicht der Effekt demjenigen des Kohlensäureschnees allein und ist nicht schwächer, sondern eher stärker als letzterer.

5. Zur Kasuistik des Diabetes insipidus auf syphilitischer Basis, von Lurje. Auftreten von unstillbarem Durst und kolossaler Urinvermehrung bei fehlendem Zucker im Urin bei einem Mann, der sechs Jahre vorher Lues akquiriert hatte, die schlecht behandelt worden war (nur zwei Hg-Kuren). Unter einer Hg-Spritzkur schwand alsbald der Diabetes insipidus.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die moderne Toillettenseifenfabrikation, unter besonderer Berücksichtigung der Fabrikationsschwierigkeiten und deren Beseitigung. Nebst einem Abschnitt über medizinische Seifen und einem Anhang über Betriebskontrolle und Kalkulation, von J. Schaal. (Mit 47 Textfiguren. Augsburg 1913, H. Ziolkowsky.) Ein Buch für Seifensieder und doch interessant auch für Ärzte. In manchen Dingen genügt es allerdings uns nicht; richtiger gesagt: es ist kein Lehrbuch für Medizinbeflissene. Denn es setzt zu viel voraus. Gerade was der Arzt gerne wissen möchte, das Warum, der chemisch-physikalische Prozeß, ist häufig recht stiefmütterlich behandelt. Wer aber die Grundprinzipien der Seifenfabrikation schon kennt, dem wird das Buch eine wertvolle Ergänzung seines Wissens liefern können. Der Referent hat an der Hand dieses Buches eine ganze Reihe irriger Voraussetzungen, die ihm die Lektüre der verschiedenen medizinisch-kosmetischen Bücher verschafft hat, korrigiert. Die moderne Seifenfabrikation vollzieht sich nicht so nach dem Schema F. Sie ist fast mehr eine Kunst als eine Wissenschaft. Es gewährt einen großen Reiz, eine Materie einmal von einem so ganz anderen Standpunkt aus behandelt zu sehen. Darum sei das Buch, das nebenbei gesagt auch tadellos ausgestattet ist, in einem Ärzteblatt kurz angezeigt.

v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Zur Frage der Diphtherie der Geschlechtsorgane bei Kindern, von KLIMENKO. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 9, S. 283.) Die Beobachtung eines Falles von Diphtherie der Geschlechtsorgane bei einem Mädchen der besseren Stände, deren Schwester 14 Tage früher eine Rachendiphtherie durchgemacht hatte, gibt Verfasser Anlaß, auf Grund der wichtigen, in der Literatur verzeichneten Fälle von Diphtherie der Geschlechtsorgane das klinische Bild dieser Krankheit genauer zu beschreiben. Diagnostisch ist der Nachweis der LÖFFLERschen Bazillen maßgebend, therapeutisch kommt nur die Serumbehandlung in Frage. Arthur Jordan-Moskau.

Ein Lichtträger mit Linse und ein Rheostat für Urethroskopie, von VICTOR COX PEDERSEN-New York. (Journ. amer. med. assoc., 18. Januar 1913.) Beschreibung eines mit vergrößernder Linsenkonstruktion versehenen Urethroskopes, wie sie in ähnlicher Weise auch bei uns in Gebrauch sind. Fendt-Wiesbaden.

a. Penis, Urethra, Blase.

Notiz über einen Fall von Balanitis gangraenosa, von TIÈCHE. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 36.) Diese kontagiöse Geschlechtskrankheit wurde zuerst von MÜLLER und SCHEIBER genauer studiert. Sie beschreiben als Erreger einen vorwiegend gramnegativen, an den Enden meist zugespitzten, vibrioförmigen Bazillus und eine fadenförmige gewellte Spirochäte, beide anaerob und mit Giemsalösung gut färbbar. Die Krankheit in ihrer leichteren Form als Balanitis erosiva wird häufig beobachtet. Sie kann aber, wie in dem beschriebenen Falle, schwere Form annehmen mit tieferen Geschwüren und starker Infiltration, dorsalem Lymphstrang usw. und eine primäre Lues vortäuschen. Verfasser warnt daher vor Verwechslungen solcher Fälle mit Lues, und ohne Spirochätenbefund und Blutuntersuchung die Diagnose Syphilis zu stellen.

Haas-Hamburg.

Eine Operationsmethode bei Hypospadie, von A. EDMUNDS-London. (Lancet, 15. Februar 1913.) Als Vorzüge der von ihm ausgearbeiteten Modifikationen bei der Hypospadieoperation rühmt Verfasser die Beseitigung der gewöhnlich bei solchen abnorm gebildeten Gliedern bestehenden Verbiegung und die Herstellung einer ganz am distalen Ende des operierten Penis gelagerten Harnröhrenmündung. Ohne die beigegebenen Abbildungen ist es unmöglich, die in drei Phasen auszuführende Methode anschaulich wiederzugeben. E. hat dieselbe bisher bei fünf Fällen angewandt: zwei sind vollständig erfolgreich gewesen; bei einem Falle besteht noch eine Fistel, welche geschlossen werden soll, und bei zwei ist die dritte Phase noch nicht ausgeführt. Bei allen fünf ist aber die erzielte Geraderichtung des Gliedes sehr bemerkenswert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Induratio penis plastica, von M. ZUR VERTH und K. SCHEELE-Berlin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1913, Bd. 121, Heft 3—4.) Das Krankheitsbild der Induratio penis plastica umfaßt Fälle von unbekannter Ätiologie, bei denen sich meist im höheren Alter ohne erkennbare Ursache am Rücken des männlichen Gliedes nahe der Wurzel oder der Spitze knorpelharte, gegen die Unterlage nur in querer Richtung verschiebliche Bindegewebsplatten entwickeln. Die Haut über ihnen ist unverändert und gut verschieblich. Auf der Höhe der Entwicklung können Verkalkung und Verknöcherung auftreten. Aus

Digitized by Google

dem Sitz der Induration in der elastikareichen Fascia penis, aus analogen Verwandlungen elastischer Elemente in anderen Organen, endlich aus der Übereinstimmung des Alters, in dem sklerotische Veränderungen der Gefäßelastika auftreten, mit dem Alter der Induratiokranken schließen die Verfasser, daß die Induratio penis plastica eine Folge von Elastikaveränderungen in den Hüllen des Penis ist. Das Krankheitsbild zeigt sich meist im höheren Alter. Die beste Behandlung ist die sorgfältige Exstirpation der Platten mitsamt dem Rückenteil der Fascia penis. Chrzelitzer-Posen.

Gangränöse Phlegmone des perikavernösen Penisgewebes bei Diabetikern, von J. Brault-Alger. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 21.) Bei einem 62jährigen Kranken war der Penisschaft in seiner ganzen Ausdehnung von Phlegmone ergriffen. Bei der Operation fanden sich die beiden Corpora cavernosa und die Urethra bloßgelegt und unterminiert, waren aber nicht von der Entzündung ergriffen.

A. Gunsett-Straßburg.

Urethralfistel nach Ligatur des Penis, von H. Verrier. (Lyon méd., 1913, Nr. 7.) Ein zwölfjähriger Bettnässer band sich aus Furcht vor der Strafe die Eichel zu und ließ den Faden eine Woche liegen. Als er ihn der Schmerzen wegen entfernte, hatte sich eine Urethralfistel ausgebildet. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Meatotomie, eine verbesserte Operationstechnik, von Edgar G. Ballenger und Omar F. Elden-Atlanta. (New York med. Journ., 1. Febr. 1913.) Die nach Meatotomie oft vorkommende Schmerzhaftigkeit des Urinierens und die Notwendigkeit nachfolgender Instrumenteinführung (um die Verwachsung der inzidierten Teile zu verhüten) kann nach Verfassers Beobachtungen dadurch verhütet werden, daß die inzidierte Stelle mit einer konzentrierten Arg. nitr.-Lösung in konzentrierter Karbolsäure geätzt wird. Nach gründlicher Reinigung der Wundflächen mit steriler Gaze wird diese Lösung so sorgfältig appliziert, daß sie nicht in die Harnröhre oder auf den Penis gelangen kann. Der Grad der folgenden (Narben-) Kontraktionen ist ein geringerer, als nach der gewöhnlichen Operation. Verfasser warnen übrigens vor allzu ausgedehnten Inzisionen bei der Meatotomie, die noch schlimmer als unnötig sind.

Stern-München.

Harnröhrenentzündungen nicht blennorrhoischer Natur, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1913, Nr. 6.) Brodfeld zählt die gewöhnlichen Ursachen für nicht blennorrhoische Urethritiden auf und bespricht ganz kurz die Therapie derselben, die zumeist in Spülungen mit milden Mitteln besteht. Die gewöhnlichen Veranlassungen für diese nur durch das Mikroskop resp. das Fehlen von Gonokokken sicher zu diagnostizierenden Erkrankungen sind a) chemische: Anwendung zu starker, konzentrierter Lösungen als Präventivbehandlung unmittelbar post coitum, Verwechslungen der Medikamente, zu lange und mit zu intensiven Mitteln durchgeführte Behandlung einer echten Blennorrhoe, 2. mechanische: Trauma, Reizungen beim Katheterisieren oder Bougieren, spitzige Nieren- oder Blasenkonkremente, c) thermische: sehr selten, d) bakterielle: der Verkehr mit einem eben menstruierten oder leukorrhoischen Individuum, oder das Wuchern von auch in der normalen Urethra vorkommenden Bakterien und Kokken (Strepto-, Staphylokokken) infolge eines Reizes (Koitus usw.). Ferner bei in der Harnröhre lokalisierten Ulcera mollia oder syphilitischen Manifestationen (Therapie: Jodoformstäbchen oder antiluetische Therapie).

Zum Schlusse erwähnt Brodfeld noch die Urorrhoea ex libidine bei Personen, deren Harnröhrenschleimhaut durch überstandene Blennorrhoe oder Onanie gereizt, ein wasserklares, schleimiges Sekret absondert. Mikroskopisch: Schleimkörperchen, Epithelien, Kokken, jedoch keine Gonokokken (Therapie: Injektion mit schwachen Sublimatlösungen).

Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Zur Behandlung der totalen Harnröhrenzerreißungen, von Arthur Hofmann. (Zentralbl. f. Chir., 1913, Nr. 5.) Angabe eines Metallkatheters, näheres aus der Originalarbeit zu ersehen. Haas-Hamburg.

Über urethrale und periurethrale Steinbildung, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York med. Journ., 8. März 1913.) Wie in allen anderen Organen das Urogenitaltraktes beruht die Steinbildung in und um die Harnröhre auf drei Hauptursachen: 1. Störungen im Stoffwechsel; 2. in hydraulischen und physikalischen Störungen der Harnausscheidung durch natürliche Veränderungen im Kaliber der Harnröhre oder durch krankhafte, wie Strikturen, Dilatationen, alte Abszeßhöhlen, Fisteln, Divertikel usw., und 3. äußere Bedingungen, wie Fremdkörper in der Harnröhre (Knochensplitterchen, Nadelteilchen, chirurgische Artikel), die infolge ärztlicher oder meist widernatürlicher Eingriffe in dieselbe gelangt sind und die Basis für die Steinbildung abgeben. Bei Lithiasis im vorderen Teil der Harnröhre kann durch bloße Inspektion ein im Meatus liegender Stein oder eine Schwellung an irgend einer Stelle der Harnröhre mit oder ohne Abszeßbildung gefunden werden; bei Palpation fühlt man eine harte, bewegliche oder unbewegliche Masse mit Krepitation, wenn die Steine multipel sind. Instrumentelle Untersuchung geschieht mit entsprechenden Bougies, zuweilen auch mit Urethroskop und Röntgenstrahlen. Steine im und um den hinteren Teil der Harnröhre kommen sehr selten bei Kindern, aber häufiger bei Erwachsenen und älteren Leuten als Folge vorhergehender Krankheitsprozesse vor. Bei den innerhalb der Harnröhre befindlichen Steinen handelt es sich beinahe nur um solche der Pars prostatica; sie liegen meist lose in der erweiterten Harnröhre, klein und multipel; je größer die Zahl, um so kleiner an Umfang und umgekehrt. Diese Steine sind von der Blase herabgestiegen und haben ihre Beweglichkeit sich erhalten. Die Symptome der Steine im hinteren können wie im vorderen Teil der Harnröhre sehr gering sein, in anderen Fällen mit chronischen Abszessen und Fisteln, auf deren Grund die Sonde den Stein trifft, verbunden sein. Nach der Radiographie scheint es sich um zwei Arten, eine diffuse, hanfsamenförmige, im höheren Alter gewöhnliche und eine mit Anhäufung der Steine zu beiden Seiten der Mittellinie verbundene und in jedem Lebensalter auftretende zu handeln. Was nun die wirklichen Prostatasteine betrifft, so ist deren Diagnose durch Palpation per rectum eine leichte, wenn der Stein groß und die Prostata atrophisch ist, eine außerordentlich schwierige aber, wenn die Steine klein, im Zentrum sitzend und eingekapselt sind. Radiographie kann hier ebenfalls von Vorteil sein, wenn die anderen Methoden keine genügende Auskunft gegeben haben. Im allgemeinen hält P. dafür, daß die Fortschritte in der Diagnose der Nieren-, Harnleiter- und Blasensteine endourethrale, eingekeilte Steine immer seltener machen, während wohl spontane Steinbildungen innerhalb der Harnröhre von Zeit zu Zeit noch vorkommen werden. Die Behandlung der endo- und periurethralen Steine ist eine prophylaktische durch entsprechende Diät, sorgsame Nachbehandlung bei jedem chirurgischen Eingriff an den Urogenitalorganen und anderes mehr und eine kurative. Letztere ist eine verschiedene, je nachdem Komplikationen vorhanden sind oder nicht. Wenn der Stein beweglich oder erst seit kurzem eingekeilt ist, sollte durch digitale oder instrumentale Eingriffe der Versuch gemacht werden, ihn von vorne zu entfernen oder in die Blase zu stoßen; Meatotomie und Dilatation enger Stellen sind dabei häufige Hilfsmittel. Die komplizierten Fälle hingegen, welche fast immer Infektion als primäre Ursache der Komplikation haben, erfordern offene Operation, Entfernung des Steines und Dränage des infizierten Feldes. Eine Anzahl kasuistischer Beiträge ergänzen in sehr instruktiver Weise die verschiedenen Arten urethraler und periurethraler Steinbildung und machen die Arbeit, welche ein bis jetzt wenig beachtetes Gebiet betritt, zu einer höchst lesenswerten. Stern-München.

Digitized by Google

Ein seltener Fremdkörper in der Harnröhre eines Mannes, von HÄUER-Hohenstein (Ostpr.). (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Ein 70jähriger Mann hatte sich (angeblich zur Behebung einer akuten Harnverhaltung) eine Hutnadel mit einem 7 mm im Durchmesser großen Perlmutterknopf in die Tiefe der Urethra eingestoßen. Die Entfernung glückte erst nach Ausführung der Urethrotomia externa.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Dauerresultate der verschiedenen Behandlungsarten der Harnröhrenstrikturen, von DESIDER RÁSKAY-Budapest. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 84, H. 1.) Das große Material von 517 Fällen, das dem Verfasser zur Verfügung stand, und seine praktischen Erfahrungen seit 20 Jahren beziehen sich nur auf Strikturen blennorrhoischen Ursprunges und zwar ohne die Fälle von Infiltrationen verschiedenartiger Stärke, die öfters im Verlaufe einer chronischen Blennorrhoe auftreten und ein bisher noch nicht abgeschlossenes histologisches Bild geben. Nur in 23 Fällen hat der Verfasser wegen vollkommener Impermeabilität der Harnröhre, kompletter Retention oder überfüllter Blase die Urethrotomia externa als lebensrettende Operation gemacht. Von den restierenden Fällen wurde in 112 Fällen die Urethrotomia interna gemacht, eine Operation, über deren Vorzüge und Indikationen sich der Verfasser nur quasi in vorläufiger Mitteilung ausspricht, während bei den übrigen 382 Fällen die Dehnung allmählich mit Bougies vorgenommen wurde, in 12 Fällen mit Verweilkathetern, die in steigender Stärke eingeführt wurden.

Lasch-Breslau.

Über Operationen im Blaseninnern mit Hilfe von Hochfrequenzströmen, von G. BUCKY und E. R. W. FRANK-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Diese lesenswerte Arbeit bringt im ersten Teil (von G. B.) einige nützliche technische Erläuterungen zur Verwendung der Hochfrequenzströme und im zweiten (von E. R. W. F.) einen klinischen Bericht über drei mit sehr befriedigendem Resultate nach dieser Methode behandelte Fälle. Das wesentliche Moment beim Hochfrequenzstrome liegt darin, daß ohne Nervenreizung oder sonstige Nebenwirkungen der elektrische Strom an der zu behandelnden Stelle im Körper in Wärme umgesetzt wird. Dies geschieht naturgemäß an derjenigen Stelle am intensivsten, wo der Strom den größten Widerstand findet, d. h., wo er die engste Bahn zu passieren genötigt ist, im konkreten Falle dem Stiel des Tumors, resp. dem Tumor selbst. Funkenentladung soll hierbei vermieden werden, weil dieselbe in ihrer Wirkung nicht genau zu kontrollieren ist und auch bei der Durchführung der erwünschten Hitzewirkung Störungen verursacht. Letztere äußert sich zunächst durch Eiweißkoagulation und schließlich durch Verschorfung des Gewebes. Dabei ist es nicht erforderlich, die höchsten Stromstärken, welche die Hochfrequenz durch den menschlichen Körper zu leiten gestattet (bis zu 2 und 3 Ampère), anzuwenden, sondern man kommt mit 0,3 Ampère vollkommen aus. F. hat nun, angeregt durch die Veröffentlichungen EDWIN BEERS, das Verfahren zunächst bei einem höchst beschwerlichen Fall von multiplen Papillomen, welche durch ihre Zahl und Lokalisation (in großer Ausdehnung am Blasenhals und bis in die Pars prostatica hineinragend) für jede andere Therapie die größten Schwierigkeiten darboten, erprobt, wobei er prompt eine Besserung erzielte und allmählich im Laufe von einigen Wochen bei Wiederholung der Sitzungen ein völliges Verschwinden der meisten der so behandelten Tumoren konstatieren konnte. Die beiden anderen Patienten (mit solitären Blasenpapillomen) sind als geheilt zu bezeichnen, und seit der Drucklegung dieses Berichtes hat F. noch drei weitere Fälle mit gleich günstigem Erfolge so behandelt. Die dabei verursachten subjektiven Beschwerden sind kaum größer als bei einer gewöhnlichen zystoskopischen Untersuchung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zur Ätiologie der Cystitis emphysematosa, von S. Schönberg. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 12, H. 2.) Ausführliche bakteriologische und experimentelle Untersuchungen, die zu kurzem Referate nicht geeignet sind. Verfasser faßt seine Resultate dahin zusammen, daß die Cystitis emphysematosa ebenso wie das Emphysem der Vagina und des Mesenteriums eine ätiologisch zusammengehörige Affektion ist. Es kommen verschiedene gasbildende Bakterien ätiologisch in Betracht. In manchen Fällen wurden Bakterien aus der Koligruppe als sichere Erreger nachgewiesen. Einzelne Bakterienstämme der Koligruppe können auch in nicht zuckerhaltigen Nährboden und auf tierischem Gewebe Gas bilden. Richard Frühwald-Leipzig.

Blasengeschwüre, von Leo Bürger-New York. (Journ. amer. med. assoc., 8. Febr. 1913.) Daß das einfache, solitäre Blasengeschwür nicht so selten ist als man gewöhnlich annimmt, beweisen zwei Fälle, die Bürger jüngst beobachtet hat. Beide Patienten waren schon vorher von anderer Seite zystokopisch untersucht worden, ohne daß die Ursache des Hauptsymptoms, einer Hämaturie, gefunden wäre. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein einfaches chronisches Geschwür bei einer jungen Frau, bei der man nur eine Zystitis vermutete. Die Ulzeration heilte prompt in ungefähr sechs Wochen nach einer einzigen Anwendung des Hochfrequenzstromes. Beim zweiten Patienten hat sich das Geschwür wahrscheinlich an eine drei Jahre vorher ausgeführte langdauernde Zystoskopie angeschlossen; Behandlung mit Hochfrequenzstrom versagte, dagegen hatten einige Quecksilberinjektionen, trotz negativer WR., einen deutlichen Erfolg.

Diese Beobachtungen mahnen hauptsächlich dazu, bei vesikaler Hämaturie eine sehr sorgfältige Zystoskopie vorzunehmen und hierbei auch der hinteren Blasenwand, die häufig der Sitz solcher Geschwüre ist, genügende Beachtung zu widmen.

Fendt-Wiesbaden.

Über Blasenbrüche, von Móricz Chudavszky-Sataraljanjhely (Ungarn). (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 84, H. 1.) Als statistischen Beitrag zum Vorkommen der Blase in freien oder eingeklemmten Brüchen als oft unvermuteter Operationsbefund teilt der Verfasser fünf von ihm unter 550 Hernien beobachteten Fälle mit. Am häufigsten finden sich dieselben bei Inguinal-, dann bei Abdominal- und Kruralhernien. Für die Ätiologie spielt bei Perinealhernien bei Frauen Erkrankung der Geschlechtsorgane, bei Männern die Prostata anscheinend eine Rolle; sonst sind es dieselben Momente, die auch zur Entstehung der anderen Hernien führen; von Krönlein und Monod wird angegeben, daß Anhäufung von Fettgewebe in der Umgebung der Blase und unter der Bauchdecke eine Rolle spielen, indem der Fettumor die Blasenwand nach dem inneren Inguinalring schiebt. So war in den fünf Fällen dem Verfasser dreimal eine vor dem Peritoneum entstandene Fettgeschwulst, einmal daselbst entstandenes karzinomatöses Gewebe die Ursache der Blasenhernie. Bis auf diesen letzterwähnten Fall war der Verlauf und Erfolg der Operationen ein sehr günstiger. Lasch-Breslau.

Die radikale Behandlung angeborener Blasendivertikel, von J. M. van Dam-Alkmaar. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 83, H. 2.) Der Verfasser bereichert die ziemlich spärliche Literatur über Blasendivertikel durch Mitteilung eines Falles, in dem er es mit einem besonders ausgedehnten Divertikel, das mit der Hinterwand der Blase zusammenhing, zu tun hatte.

Die genaue Beschreibung der Operationstechnik, sowie die Frage, ob man die Patienten, die an angeborenen Blasendivertikeln leiden, operieren darf und muß, und ferner ob man palliativ oder radikal vorgehen soll, sind zu spezialistisch chirurgischer Natur, um hier ausführlicher besprochen werden zu können. Lasch-Breslau.

Die Behandlung benigner Papillome der Harnblase mittels Hochfrequenzströme, die durch ein Katheterzystoskop appliziert werden, von Edwin Beer-New

Digitized by Google

York. (Med. Record, 8. Febr. 1913.) Verfasser beschreibt ausführlich die Technik seiner (schon an anderen Orten publizierten) Methode, die er für einen außerordentlich leicht vorzunehmenden Eingriff hält, und mit der sich selbst große Geschwülste außerordentlich rasch zerstören lassen. Er glaubt, daß sein Vorgehen für die Behandlung benigner Geschwülste der Harnblase die Methode der Zukunft sein wird. Er berichtet über die Resultate, die 33 Chirurgen bei Nachprüfung seiner Methode erhalten haben. Kontraindiziert ist sein Verfahren in allen malignen Fällen, in erster Linie papillären Karzinomen, die sich auf diese Weise nicht radikal entfernen lassen. Ferner bei Patienten, bei denen sich eine zystoskopische Untersuchung nicht ausführen läßt oder bei denen die Geschwulst im Zystoskop nicht exakt eingestellt werden kann; schließlich bei den Geschwülsten, die am Blasenhals sitzen und infolgedessen schon bei der Einführung des Zystoskopes gewöhnlich stark zu bluten pflegen, so daß exaktes Arbeiten unmöglich ist.

W. Lehmann-Stettin.

Haarnadel in der Blase, von Leguru. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 9.) Im Anschluß an einen durch Radiographie diagnostizierten Fall bespricht L. die verschiedenen Möglichkeiten der Extraktion des Fremdkörpers. Er empfiehlt bei weiblichen Personen aus ästhetischen Gründen die subsymphysäre Zystotomie, falls die Extraktion mittels eines Hakens unter Kontrolle des Zystoskops mißlingen sollte. A. Gunsett-Straßburg.

Über Harnsäuresteine; wie deren Bildung durch Karbolsäuregebrauch zu verhüten ist, von William Henry Porten-New York. (New York med. Journ., 15. März 1913.) Die vorzügliche Wirkung, welche die innerliche Darreichung von Karbolsäure gegen die übermäßige Bildung von Harnsäure und -steinen hat, erklärt P. damit, daß die Karbolsäure, wenn sie in den Magen- und Darmkanal gelangt, mit den in den Nahrungsmitteln enthaltenen Na-, Ka- und anderen Salzen Na-, Ka- usw. Karbolate bildet und die so entstandenen Karbolsäureverbindungen absorbiert werden und in den Blutkreislauf gelangen, ohne Proteide niederzuschlagen. Die mechanische Anwesenheit der Karbolsäuresalze kann aber immerhin, ebenso wie andere Salze die im Blute enthaltenen Proteidkörper so verändern, daß das Endprodukt der Oxydation Harnstoff anstatt Harnsäure wird. Damit allein kann aber der plötzliche Stillstand der übermäßigen Säurebildung nicht erklärt werden, sondern es muß auch eine Verminderung der Nahrungsmenge oder durch vermehrte Aufnahme von Sauerstoff eine Beschleunigung des Oxydationsprozesses hinzukommen. P. gibt noch eine genauere Erklärung des chemischen Vorganges der Karbolsäure- und Salzwirkung, so daß dieser und die gute Wirkung der Karbolsäure auf die übermäßige Harnsäureproduktion ihm völlig erklärt scheinen. Nähere Angaben über die Dosierung und Darreichungsart der Karbolsäure bei dieser Art Therapie macht er jedoch nicht. Stern-München.

Beiträge zur Histologie der ägyptischen Blasensteine, von Edwin Pfister-Kairo. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1913, Bd. 121, H. 3—4.) Die Hauptrolle bei der ägyptischen Lithiasis bildet die Bilharziosis. Der Unterschied zwischen Ober- und Unterägypten in bezug auf das Vorkommen der Lithiasis koinzidiert mit der Häufigkeit der Bilharziosis in diesen Provinzen. Die Steinbildung entsteht durch infolge der Bilharziosis angeregte Katarrhe. Chrzelitzer-Posen.

Zystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase, von Eugen Josef-Berlin. (Berl. Med. Gesellschaft, Sitzung vom 12. II. 13, Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 8.) Die Bilder, die von einem ägyptischen Herrn stammen, lassen deutlich die charakteristischen Zeichen der Bilharziaerkrankung erkennen: massenhaft Eier als weiße glänzende rundliche Gebilde, etwas größer als Miliartuberkel, dann den richtigen Bilharziatumor, aus dem öfters himbeerartige Gebilde, d. s. durchgebrochene Fremdkörpergranulationen, hervorragen; diese sind die Ursache für die oft heftigen Blasenblutungen.

Digitized by Google

Therapeutisch ist möglichst konservativ zu verfahren, wenn nicht heftige Schmerzen oder starke Blutungen zu aktiverem Vorgehen drängen. H. Lautsch-Graudenz.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Die Pathologie der Hodenretention, von O. Uffreduzzi-Turin. (Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. 101, H. 1.) Der retinierte Hoden ist meistens eine angeborene Mißbildung, die gleichzeitig mit anderen Entwicklungsstörungen auftritt. Die Anomalien im Bau und die Atrophie stellen gewöhnlich eine die Anomalie im Deszensus begleitende Erscheinung, aber nicht eine Folge der fehlerhaften Lage dar. Der frühzeitige Eintritt des retinierten Hodens in das postfunktionelle Stadium wird bedingt durch die Spärlichkeit der ausbildungsfähigen Kanälchen und durch die Raschheit der Rückbildung in den meisten Kanälchen, in denen es nicht zu Samenbildung kommt. Die Zahl der Kanälchen mit vollständiger Samenbildung ist aber im retinierten Hoden größer als man gewöhnlich annimmt, und bewegt sich um 10%. Der retinierte Hoden gibt an und für sich nicht Anlaß zu Beschwerden, doch sind Komplikationen häufig, besonders Bruch, Drehung und maligne Entartung. Das Persistieren des Prozessus vaginalis peritonei oder der Leistenbruch sind bei Hodenretention konstant. In den Fällen, wo die Verödung des Prozessus vaginalis stattfindet, ist sie nur beschränkt und ist die Vaginalis stets weiter als normalerweise und oft bis an das Orificium internum des Leistenkanales hinaufreichend. Die Drehung ist häufiger als man annimmt, da nur die schwereren Fälle zur Operation gelangen; der retinierte Hoden zeigt eine bedeutende Neigung zur malignen Neubildung.

Chrzelitzer-Posen.

Über die chirurgische Behandlung der Ectopia testis, von Aladár Fischer-Budapest. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, H. 1.) Fischer weist darauf hin, daß mit der Einführung der radikalen Bruchoperationen in Ungarn glänzende Erfolge erzielt worden seien; er bespricht speziell die Ectopia testis und die Operationen zur richtigen Lokalisation des Hodens. Es mag hier nur erwähnt werden, daß der ektopische Hoden, besonders bei der Ectopia inguinalis häufig in seiner Entwicklung zurückbleibt, daß es leicht zur Torsion und Inkarzeration solcher Hoden kommen kann, und daß dann eventuell eintretende blennorrhoische Erkrankungen mit sehr schweren Symptomen verlaufen können. Aus diesem Grunde ist der Verfasser für sehr frühzeitige operative Eingriffe, während Winternitz im Lebensalter von 1—1½ Jahren operieren will, andere bei Säuglingen, empfiehlt der Verfasser, das Ende der Laktation abzuwarten, d. h. zirka im Alter von 8—9 Monaten die Operation vorzunehmen und rühmt seine sehr guten Resultate. Für die verschiedenen Operationsmethoden muß auf das Original verwiesen werden.

Lasch-Breslau.

Weitere experimentelle Untersuchungen über die innere Sekretion der Hoden, von Valentino Barnabò. (Il Policlinico, 1913, Nr. 4.) Die Transplantation von unversehrten oder operierten Hoden gelingt auf höhere Säugetiere nicht. Trotzdem geht von den in Nekrose oder Resorption befindlichen transplantierten Hoden doch eine für den Organismus nützliche innere Sekretion aus, welche fähig ist, die kompensatorische Hypertrophie und Hyperfunktion der Hypophyse rückgängig zu machen. Ein Hoden ist nach Resektion des Vas deferens nicht mehr imstande, eine Substanz mit dieser Wirkung zu sezernieren. Deshalb ist die Annahme gerechtfertigt, daß die Funktion der inneren Sekretion den interstitiellen Zellen zukommt, da ja beim derartig operierten Hoden der epitheliale Apparat der Atrophie verfällt, während das Bindegewebe hypertrophisch wird.

A. Gunsett-Straßburg.

Akute Epididymitis als Folge von Muskelanspannung, von G. A. Wolfendale-Nuneaton. (Brit. med. Journ., 22. März 1913.) Kurzer Bericht über eine Epidi-

Digitized by Google

dymitis, welche Verfasser (in wenig überzeugender Weise) auf Anstrengung der Bauchpresse nach längerer Urinverhaltung und auf Radfahren zurückführt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von primärer Tuberkulose der Samenkanälchen des Hodens und des Nebenhodens, von A. Balliano-Genua. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 25, H. 3.) Im vorliegenden Falle war bei einem vollkommen gesunden Manne innerhalb sechs Monaten der rechte Hoden und Nebenhoden etwa gänseeigroß geworden. Die Diagnose lautete infolge des klinischen Bildes Sarkom. Das mikroskopische Bild zeigte jedoch die Anfangsstadien einer primären Tuberkulose des Epithels der Samenkanälchen des Hodens und des Nebenhodens, mit gleichmäßiger, entzündlicher Verdickung des Zwischengewebes und folgender Nekrose desselben. Im Hinblick auf diesen Befund beschäftigt sich der Verfasser sodann mit der Frage, auf welchem Wege die Tuberkelbazillen zur Geschlechtsdrüse gekommen seien. Das vorliegende Krankheitsbild stelle eine so seltene und eigentümliche Form der Hodentuberkulose dar, bei der die Infektion von außen her durch die natürlichen Wege, d. h. durch Urethra, Prostata, Samenleiter erfolgt sein müsse.

Fischer-Dresden.

Beitrag zur Histogenese des Karzinoms der Samenkanälchen des Testikels, von Corbetta Giacomo. (Morgagni, 1913, Nr. 3.) Die Klassifikation mancher Tumoren des Hodens ist noch nicht feststehend, da manche derselben von den einen zu den epithelialen, von den anderen zu den bindegewebigen Tumoren gezählt werden. In dem vorliegenden Falle konnte eine vollständige Unabhängigkeit der parenchymalen von den bindegewebigen Elementen festgestellt werden, und man konnte deutlich verfolgen, wie das Neoplasma das bindegewebige Stroma zerstört hatte, von dem noch Reste in ursprünglicher Anordnung im Tumor nachzuweisen waren. Da auch keine Beteiligung der Endothelien noch der Bindegewebszellen nachzuweisen war, so mußte es sich um ein Karzinom handeln, dessen Genese nur durch die Cohnheimsche Theorie der versprengten embryonalen Keime zu erklären war.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Tuberkelbazillenbefunde im Urin bei Hodentuberkulose, von E. Löwenstein-Wien. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) In vielen Fällen fand man bei Hodentuberkulose Tuberkelbazillen im Urin. Auch trotz der Entfernung des erkrankten Organs mitsamt dem Vas deferens und den Samenbläschen konnten im Urin noch Tuberkelbazillen nachgewiesen werden, obwohl der Harnapparat intakt war. Dieselben stammen dann aus der Prostata, deren Tuberkulose viel häufiger vorkommt als angenommen wird. Als Beweis werden angeführt eine Sammelstatistik von H. Koch, wo unter 243 Fällen 78 mal isolierte Prostatatuberkulose, 47 mal isolierte Neben- und Hodentuberkulose und 118 mal Prostata-Hoden-Nebenhodentuberkulose vorkam. Die Entstehungsweise dieser sich daraus ergebenden relativen Häufigkeit isolierter Prostatatuberkulose geschieht wohl sehr wahrscheinlich auf hämatogenem Wege, da ja die Prostata als eine besonders geeignete Ablagerungsstätte für Infektionserreger gilt. In der Mehrzahl der Fälle macht sie keine klinischen Erscheinungen. Fischer-Dresden.

Einiges über das Sarkom der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges, von R. Bayer-Bonn. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 82, H. 2.) In der vorliegenden Arbeit, die fast rein chirurgischer Natur ist, betont Bayer die Schwierigkeiten, die auch heute noch bestehen, bei Fibrosarkomen resp. Sarkomen des Hodens resp. des Funiculus spermaticus den Ausgangspunkt des Tumors zu bestimmen, nachdem bereits Kocher einen Versuch gemacht hatte, die Tumoren in funikuläre, extravaginale und vaginale Tumoren zu trennen, und die umfangreiche, über 100 Fälle umfassende Arbeit von Patel und Chalier sehr viel zur Klärung beigetragen hat. Auf diese

Digitized by Google

Arbeit verweist auch Bayer in bezug auf die Klinik der Tumoren: das langsame Wachstum, der Mangel an Beschwerden, das ungestörte Allgemeinbefinden, das Fehlen von Drüsenmetastasen, die Rezidivfreiheit drücken dieser Geschwulstform einen gewissen Stempel der Gutartigkeit auf. Das beweisen auch zwei von dem Verfasser selbst beobachtete, ausführlich beschriebene Fälle. Zugleich aber hat das allmähliche, fast schmerzlose Entstehen und Wachsen dieser Tumoren zur Folge, daß sie — zumal bei älteren und indolenteren Individuen — meist erst sehr spät und in großer Ausdehnung in die Behandlung kommen, und daß es dann fast unmöglich ist die Ursprungsstelle zu eruieren; jedoch dürfte in den weitaus meisten Fällen die Geschwulst ihren Ausgang nehmen vom unteren Abschnitte des Funiculus spermaticus und dann erst die Tunica propria vaginalis ergreifen und endlich zur Erkrankung von Hoden und Nebenhoden führen. Diese kurzen Andeutungen müssen hier genügen; für alle Details sei auf das Original und die schon erwähnte Arbeit von Patel und Chalier verwiesen.

Lasch-Breslau.

Rezidivierende Achsendrehung des Funiculus spermaticus, von J. W. Dowden-Edinburgh. (Brit. med. Journ., 22. Febr. 1913.) Verfasser hat bei früherer Gelegenheit über Beobachtungen an fünf Fällen dieser Affektion berichtet. Er teilt die Nachgeschichte eines derselben mit, welcher insofern interessant ist, als die operierte (linke) Seite seitdem, nunmehr neun Jahre, gesund geblieben ist, der Patient aber vor drei Jahren mit einer Drehung des anderen Hodens sich zur Operation meldete. Man fand beim Inzidieren eine erweiterte Tunica vaginalis, die ca. 7 ccm klare Flüssigkeit enthielt mit einem frei beweglichen Hoden und Samenstrang. Die Operation, Festlegung des Hodens am Skrotum, erwies sich als seither vollständig erfolgreich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verwendung der elektrischen Taschenlaterne als diagnostisches Hilfsmittel bei unsicheren Hydrozelen, von A. Meyer-Frankenhausen (Kyffh.) (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.) Die Überschrift besagt den Inhalt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Sechs operativ behandelte Fälle von Hydrozele im frühesten Kindesalter, von D. H. Nicoll-Glasgow. (Brit. med. Journ., 22. Febr. 1913.) Der Artikel bezweckt hauptsächlich den Nachweis zu führen, daß diese Operation sehr wohl ambulant in der Poliklinik ausgeführt werden kann. Bei allen sechs hier angeführten Fällen im Alter von zwei Wochen bis zu 18 Monaten erfolgte primäre Heilung. Die Operation bestand, wie an einer beigegebenen Tafel dargelegt wird, in einer Inzision von ca. 3 cm Länge über dem Leistenkanal und Freilegen des Funikulus dicht unter dem Leistenring. Hoden und Hydrozele werden von untenher in die Wunde vorgeschoben; der Hydrozelensack wird freigelegt und entleert, worauf der Sack verödet wird entweder durch Auslösung der inneren, serösen Bekleidung oder durch totale Exzision oder durch Naht nach Resektion von entsprechenden Portionen. Die Wunde wird ohne Drainage genäht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Operative Behandlung und Rezidive der Hydrozelen. (Semaine méd., 1913, Nr. 12.) Empfehlung der Operationsmethode von Longuet, welche in einer extraserösen Verlagerung des Hodens besteht und mit der sich Rezidive sicherer vermeiden lassen. Die Details der Operation müssen im Original nachgelesen werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Skiagraphie der Ductus seminales, von William T. Belfield-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 15. März 1913.) Nach Inzision des Vas deferens gerade oberhalb des Hodens (Vasotomie) kann eine Lösung von Kollargol oder eines anderen Metalles in

Digitized by Google

das Vas und die Samenblase injiziert werden, wonach die Aufnahme eines Skiagrammes möglich ist. Die Kollargollösung soll nicht stärker als 15% ig sein, ihre Menge nicht mehr als 5 ccm betragen. Die Skiagramme sind geeignet, unsere beschränkten Kenntnisse der Physiologie und Pathologie des Vas deferens und der Samenblase und überhaupt der Funktion der männlichen Genitalorgane zu erweitern. Fendt-Wiesbaden.

Über einen seltenen benignen Tumor des Samenstranges (Fibroplasmozytom), von C. Ciaccio-Palermo. (Centralbl. f. allg. Pathol., Bd. 24, Nr. 3.) Die Geschwülste des Samenstranges sind ziemlich selten. Nach einer französischen Statistik sind bis 1909 im Ganzen 110 Fälle bekannt geworden. Bei der Beobachtung des Verfassers handelte es sich um einen kleinorangegroßen, kugelförmigen, glatten, harten, schmerzlosen längs des Samenstranges sitzenden Tumor, der nach der operativen Entfernung zirka 80 g wog. Mikroskopisch handelte es sich um einen Tumor von fibromatösem Grundgerüst, dem eine bedeutende Menge typischer Plasmazellen eingelagert war.

Fendt-Wiesbaden.

Über chronische Entzündung der Samenbläschen. Eine klinische Zusammenfassung, mit spezieller Beziehung auf die urethroskopischen Befunde in der hinteren Harnröhre, von A. Hyman und A. S. Sanders-New York (New York med. Journ., 29. März 1913.) Im allgemeinen werden zwei Arten von Spermatozystitis beschrieben: die bakterielle und die katarrhalische, erstere ist die bei weitem häufigere und meist blennorrhoischen Ursprungs; es werden aber auch der Pneumokokkus, Strepto-, Staphylokokkus, Bacillus coli communis und der Tuberkelbazillus bei Vesikulitis gefunden. Die Symptome derselben täuschen oft andere Affektionen wie besonders Urethritis posterior, Zystitis, Kollikulitis und Prostatitis vor, sie sind hauptsächlich dreierlei Art: Schmerzen verschiedenen Grades, wie z. B. kolikartige am Ende des Koitus, vermehrte sexuelle Reize (Erektionen, Erotismus, häufige Pollutionen) in den Anfangs-, verminderte (vorzeitige Ejakulation, schwache und schließlich ganz ausbleibende Erektionen) in den späteren Stadien, Harnröhrenausfluß, Blasenreizung (Tenesmus) und rheumatische Erscheinungen. Nach einer großen Reihe urethroskopischer Untersuchungen kommen Verfasser zu dem Schlusse, daß die Urethroskopie allein es nicht ermöglicht, genau den Zustand der Samenbläschen festzustellen, wenn auch das Aussehen der Mündungen von Prostata- und Ejakulations-Gängen einigermaßen einen Schluß auf die Erkrankung zuläßt — bei Prostatitis erscheinen im allgemeinen die Prostatagänge, bei Vesikulitis die Ductus ejaculatorii affiziert. Als pathognomonisches Zeichen der letzteren kann der Austritt von Eiter aus einem oder beiden Ductus ejaculatorii angesehen werden. Im übrigen bieten die Veränderungen des Kollikulus keinen Anhaltspunkt für den Zustand der Adnexe, da sie in ähnlicher Weise oft bei unkomplizierter chronischer Urethritis posterior und sogar in Fällen von einfacher (irritativer) Urethritis, die als Folge von Masturbation oder übermäßigem Koitus auftritt, gefunden werden. Um den Inhalt der Samenbläschen rein, das ist ungemischt von Harnröhren- und Prostataabsonderungen, zu erhalten, empfehlen Verfasser das Verfahren von Cabot: Blasenspülung, Prostatamassage, dann wieder Blasenspülung (nur mit Kochsalzlösung) und Massage der Samenbläschen: die nun auftretende Absonderung ist zu sammeln und zu untersuchen. Unter 100 Fällen von chronischer Vesikulitis fanden H. und S. zwar Blennorrhoe als den häufigsten ätiologischen Faktor, konnten aber Gonokokken nur bei einer prozentual geringen Anzahl im Sekret der Samenbläschen nachweisen. Urethroskopisch sind die nichtspezifischen Fälle von den spezifischen nicht zu unterscheiden. Stern-München.

Behandlung der Impotenz durch epidurale Injektionen, von Boulanger. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 12.) Der Verfasser bespricht die Technik und die Wirkungsweise der epiduralen Injektion. Der Duralsack reicht bis zum zweiten Kreuzbeinwirbel, während

Digitized by Google

das Rückenmark nur bis zum ersten Lendenwirbel reicht. Hier sitzen von oben nach unten gezählt das anale Zentrum von Masius, das genitale von Budge, das vesikale von Giannuzzi und das Erektionszentrum von Eckhardt. Die Nerven, welche das Rückenmark verlassen, um an dem Vertebralkanal auszutreten, durchdringen den zwischen der Dura mater und dem intravertebralen Periost gelegenen Epiduralraum. Hier muß sie die durch das Foramen sacrale posterior inferior eingespritzte 7,5‰ige Kochsalzlösung treffen. Der durch die Einspritzung gesetzte Reiz überträgt sich auf die nahen Zentren, die hierdurch zu neuer Tätigkeit angeregt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Beitrag zur Spermatozoenfärbung, von Bohne. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 24.) Es handelt sich um eine Modifikation der von Bacchi beschriebenen Methode zur direkten Färbung der Spermatozoen auf Zeugflecken (beschrieben in der Viertelsjahrsschrift f. gerichtl. Med., Bd. 43, H. 1.) Da bei gefärbten Stoffen die Methode oft versagt, bediente sich Verfasser des Wasserstoffsuperoxyds. In dieses legte er das betreffende Stück Zeug, in den aufsteigenden Bläschen fanden sich die Spermatozoen; die Färbung soll nur eine Ergänzung der Bacchischen sein, wo diese versagt.
Haas-Hamburg.

c. Prostata.

Nervöse Symptome bei Erkrankung der Prostata, von F. X. Dercum-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Febr. 1913.) Eine Zusammenstellung aller von Prostatikern geklagten Beschwerden, sowohl der Sensationen und ausstrahlenden Schmerzen, die zur lokalen Erkrankung direkt gehören, als auch solcher, die nur indirekte Konsequenzen der Prostataaffektion darstellen. Zu den ersten rechnet Verfasser Schmerzen in der Sakral- und Lumbalgegend, die bis zu den Schulterblättern, oder andererseits nach den Lenden, nach den Hoden oder Oberschenkeln ausstrahlen können; ferner mehr oder weniger zirkumskripte Kopfschmerzen. Auf der anderen Seite kommt es zu nervösen, hauptsächlich depressiven Symptomen und selbst zur Entwicklung von Psychosen. Sexuelle Hypochondrie bei jungen Leuten und das Wiedererwachen sexueller Gefühle mit pathologischen Äußerungen bei alten Leuten (Heiraten von Greisen mit ganz jungen Mädchen, Exhibitionismus usw.) werden in vielen Fällen auf Erkrankung der Vorsteherdrüse zurückgeführt. W. Lehmann-Stettin.

Über Prostataelemente bei Urethrorrhoea ex libidine, von Edwin Pfister-Kairo. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Der Artikel berichtet über einen Fall von Urethrorrhoea ex libidine bei einem 62jährigen Manne. In dem Sekret befanden sich Corpora amylacea als einzige Prostataelemente (kein Lezithin, keine Leukozyten, keine Böttcherschen Kristalle. Franz-Dresden.

Vasodilatatorische Eigenschaft des Prostataextraktes, von Hallion, Morel und Papin. (Bull. méd., 1913, Nr. 24.) Die Injektion von Prostatasekret bewirkt eine aktive Vasodilatation im Penis. In anderen Organen sinkt der Blutgehalt und -druck.
Richard Frühwald-Leipzig.

Jodipin per clysma bei Prostatitis, von L. Fischel-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Recht gute Erfolge sowohl bei der verschleppten, wie bei der akuten blennorrhoischen Prostatitis hat Verfasser seit einigen Jahren mit der rektalen Injektion von Jodipin in Olivenöl erzielt. Er stellt sich eine Mischung des 25%igen Jodipins mit Olivenöl im Verhältnis von 1:2 her und injiziert hiervon 10 ccm täglich oder (bei leichten Fällen) jeden zweiten Tag bis zur Beseitigung der prostatischen Symptome, was in der Regel binnen 2—3 Wochen erreicht wird. Gelegentlich muß allerdings dann noch mit Massage oder Spülungen nachgeholfen werden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Gefahren der zu schnellen und totalen Entleerung der Blase bei Prostatikern mit kompletter Retention, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero Amer., Bd. 29, Nr. 102, Februar 1913.) Der Verfasser macht darauf aufmerksam, daß bei zu schneller Entleerung einer distendierten Blase leicht Gefäßzerreißungen und gefährliche Hämaturien entstehen können. A. Gunsett-Straßburg.

Über Cystotomia suprapubica, ihre Indikationen bei Prostatakarzinom, mit entsprechenden Fällen, von Charles Greene Cumston-Boston. (New York med. Journ., 29. März 1913.) Der obere Blasenschnitt kann bei Karzinom der Prostata, ebenso wie bei allen Formen maligner Blasen- und Harnröhrengeschwülste entweder als temporäre — wenn die Neubildung noch operabel ist — oder als dauernd palliative, wenn sie nicht mehr zu operieren ist, in Betracht kommen. Die Indikationen zur Cystotomia suprapubica sind bei operierbarem Prostatakarzinom oder -sarkom beinahe die gleichen wie bei der Prostatahypertrophie, die sogar oft statt ersterer irrtümlich angenommen wird, d. h. akute Harnverhaltung, heftige Schmerzen, Hämaturie, schlechtes Allgemeinbefinden usw. Bei inoperabeln Fällen muß der obere Blasenschnitt so ausgeführt werden, daß er bis zum Lebensende des Patienten dauernd offen bleibt. Auch bei malignen Neubildungen des Mastdarms und anderen innerhalb des Beckens liegenden Karzinomen ist bei hochgradigem Druck auf Prostata oder Blase der obere Blasenschnitt als sekundäre Operation in Erwägung zu ziehen. Stern-München.

Prostatotomie nach der Goldschmidtschen Methode, von Charles M. Harpster-Toledo, Ohio. (Journ. amer. med. assoc., 25. Januar 1913.) Bei Kontraktion des Blasenhalses ohne Vergrößerung der Prostata ist es nicht angebracht, diese zu entfernen. Ein Schnitt durch das median gelegene Hindernis, falls solches vorhanden, ist einfach und wird am besten nach der Goldschmidtschen Methode ausgeführt. Verfasser ist mit den Leistungen des Instrumentes, das bei einem Patienten mehrmals angewendet werden kann, zufrieden; niemals trat eine alarmierende Blutung auf. Waren vor der Kauterisation große Mengen Residualharnes vorhanden, so wurde dieser gewöhnlich um einige hundert Kubikzentimeter verringert. Die Operation ist jedoch nicht für alle Fälle von Prostatahypertrophie geeignet; wird sie kritiklos ohne Auswahl der Fälle ausgeübt, so sind die Resultate nicht zufriedenstellend.

Die weiteren Ausführungen Harpsters über die Endoskopie im allgemeinen und über das Goldschmidtsche Verfahren im besonderen sind zu bekannt, um hier näher besprochen zu werden. Fendt-Wiesbaden.

Die entfernten Resultate der transvesikalen Prostatektomie, von I. Constantinescu. (Diss., Bukarest 1912.) Der Verfasser hat die in der Klinik von Herescu operierten 57 Fälle von Prostatahypertrophie näher studiert und hiervon 22 Fälle längere Zeit hindurch verfolgen können. In einem Falle waren nach drei Jahren Rezidive aufgetreten; die Drüse war kastaniengroß und hart, hatte aber eine regelmäßige Oberfläche. In einem anderen Falle hatte sich sekundär ein Prostatastein entwickelt. Strikturen des membranösen Teiles der Harnröhre treten relativ häufig auf und zwar unter den erwähnten 22 Fällen viermal. In einem Falle trat nach der Operation Harninkontinenz auf, die aber nur zwei Monate dauerte und dann definitiv verschwand. In drei Fällen entwickelten sich Fisteln, deren Heilung aber leicht erzielt werden konnte und zwar entweder durch Verweilsonde oder durch direkten Eingriff. In einem der Fälle trat nach dem Eingriffe eine ausgebreitete Phlebitis der Femoralis auf, die nach zwei Tagen zum Tode führte. Zehn von den Operierten hatten auch nachträglich Erektionen, und einer von denselben prokreierte. Orchitis und Epididymitis traten in drei Fällen auf und zwar 10, 14 und 60 Tage nach der Operation. Im allgemeinen kann gesagt werden,

Digitized by Google

daß der Eingriff von besonderem Nutzen für die betreffenden Patienten ist. Die totale oder partielle Harnverhaltung verschwindet, der Urin wird klar, der Harnstrahl wird kräftiger. Auch der Allgemeinzustand zeigt eine erhebliche Besserung, indem die Kräfte wiederkehren, der Appetit sich bessert und eventuell bestehendes Fieber verschwindet. Die Kranken werden wieder lebensfreudig und können ihre physische und geistige Tätigkeit wieder aufnehmen. E. Toff-Braila.

Bemerkungen über eine Serie von 55 Fällen von Prostatektomie bei hohem Blasenschnitt mit vier Todesfällen, von A. Fullerton-Belfast. (Brit. med. Journ., 15. Febr. 1913.) Unter den vier letal verlaufenen Fällen scheint einer auf Rechnung der spinalen Anästhesie gesetzt werden zu müssen, und bei einem anderen trat am dritten Tage p. o. Urämie ein. Ferner starb ein Patient sechs Wochen p. o. an perinephritischem Abszeß, und der vierte, dessen Blase in einem Zustand intensiver chronischer Entzündung sich befand, starb am zwölften Tage unter ausgesprochen septischen Erscheinungen. Wenn auch sonst aber die Resultate sehr befriedigend ausfielen, will F. die Operation durchaus nicht als geringfügig oder in allen Fällen mühelos bezeichnen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Serie von 236 in den Jahren 1912—13 operierten Fällen von Totalenukleation der Prostata, von P. J. Freyer-London. (Lancet, 12. April 1913.) In einer früheren Publikation hat F. über seine Resultate bei 800 bis Ende 1910 operierten Fällen berichtet; er verfügt jetzt somit über die stattliche Anzahl von 1036 Operationen, mit denen er unwiderleglich beweist, daß das Verfahren durchaus gerechtfertigt ist, indem sie eine Mortalität von nur $5^1/_2\,\%$ (57 Fälle) ergab und bei allen übrigen 979 Patienten mit einer einzigen Ausnahme (bei intensiver Atonie der Blasenmuskulatur) die Blasenfunktionen in sehr befriedigender Weise wiederherstellte. Bei dieser letzten Serie von 236 Fällen kamen nur 11 Todesfälle (4,66 %) vor, wobei noch die Operation selbst durchaus nicht immer für den unglücklichen Ausgang eigentlich verantwortlich gemacht werden konnte. Verf. betont noch besonders den günstigen, geradezu verjüngenden Einfluß der Operation bei selbst recht alten Männern. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Prostataringmesser für die suprapubische Prostatektomie, von E. Grünich. (Centralbl. f. Chir., 1913, Nr. 5.) Ein im Original abgebildetes Instrument, um die Kapsel der Prostata vor der Ausschälung ringförmig zu umschneiden. Haas-Hamburg.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über einen Fall von zwölf Tage andauernder Anurie, von De Renzi. (Nuova Riv. clin. terap., 31. Dezember 1912.) Unter nierenkolikartigen Schmerzen trat bei einem 55jährigen Manne eine zwölf Tage dauernde Anurie auf, deren Ursache trotz eines operativen Eingriffes (Inzision der einen Niere) unaufgeklärt blieb. Der Kranke starb 48 Stunden nach der Operation. A. Gunsett-Straßburg.

Über den Bacillus oxalatigenes. Kann die Oxalurie bakteriellen Ursprunges sein? von Domenico de Sandro. (Policlinico, 1913, Nr. 3.) Dem Verfasser gelang es, aus menschlichen Fäkalien einen Bazillus zu kultivieren, der unzweifelhaft Oxalsäure produziert, welche wahrscheinlich aus dem Amylum des Kartoffelnährbodens stammt. Bei den verschiedensten Inokulationsversuchen war es ihm nicht möglich, eine Pathogenität dieses Bazillus festzustellen. A. Gunsett-Straßburg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Oktober 1913 | Nr. 40 | Band 57

Aus der dermatologischen Klinik der kaiserlichen Universität Kyōto, Japan
(Prof. Dr. U. Matzuura).

Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe.

Von

Dr. Sh. Matzumoto, Assistent der Klinik.

(Mit 2 Abbildungen.)

In der Umgebung der männlichen Urethra, besonders an der Raphe, kommen verschiedene Arten von kongenitalen, wie auch erworbenen zystischen Geschwülsten vor. Nach Gerulanos werden sie in 1. traumatische Epithelzysten, 2. Adenomzysten, 3. Atherome und 4. Dermoide eingeteilt, während Kocher nur 1. Zysten mit serösem oder klebrigem Inhalt und 2. solche mit breiigem (Atherome) unterschied.

Die Einteilung von C. Gutmann lautet folgendermaßen: 1. Im wesentlichen nicht kongenital angelegte Zysten: a) traumatische Epithelzysten, b) Atherome; 2. stets kongenital angelegte Zysten: a) Dermoid- bzw. Epidermoidzysten, b) Zylinderepithelzysten (Adenomzysten von Gerulanos).

Obgleich außerdem noch die Anschauung besteht, daß bei der Entstehung der Atherome (Chiari, Franke, Török u. a.) und traumatischen Epithelzysten (Franke) eine gewisse kongenitale Anlage mitspielt, was auch Gutmann hervorhob, scheint mir diese Einteilung relativ zutreffend zu sein. Wir wollen auf erworbene Zysten nicht eingehen.

Literatur der kongenitalen, epithelialen Zysten ist nicht selten; doch ist trotzdem ihre Histologie noch nicht genügend studiert worden.

Merkwürdigerweise zeigen sie, wie Yokoi ausdrücklich betont, bei der Mehrzahl der Fälle histologisch nicht das Bild des Dermoids, sondern des Epidermoids, während das erstere äußerst selten vorkommt (z. B. Dardignac).

Was die Entwicklung der Urethra und Raphe anbelangt, so ist sie heute schon ziemlich klargestellt worden. Es findet nämlich die Bildung der Urethra durch Vereinigung des unteren Abschnittes der Genitalrinne statt, wobei die beiden, die Rinne auskleidenden Epithelwände durch Wucherung des Mesoderms, welches hier nach der Medianlinie stärker

Digitized by Google

wächst, allmählich aneinanderrücken, bis sie sich berühren und zuletzt verschmelzen.

Diese Schlußlinie markiert sich an der Haut als Raphe. Die Vereinigungsstelle der beiden epithelialen Wände der Genitalrinne zwischen dem unteren Boden der Urethra und der Raphe, welche Pont conjunctio heißt, wird normalerweise später resorbiert.

Entsprechend dieser embryonalen Schlußlinie der Genitoperinealraphe treten verschiedene Entwicklungsstörungen auf, z. B. kongenitale Spalten- oder Fistelbildung durch unvollkommenen Verschluß, oder Divertikelbildung und ferner zystische Geschwülste durch Abschnürung der Haut oder Schleimhaut während des Verschlusses und darauf folgende Wucherung.

Der mikroskopische Befund der Zystenwand muß, wie ersichtlich, je nach ihrem Ursprung verschieden sein.

Nun sind bisher überhaupt bloß von Redard, Mermet, Thöle, Oro, Fischer und zuletzt Gutmann Fälle von Zysten publiziert worden, die Zylinderepithelauskleidung aufweisen. Es sei mir daher gestattet, über einen hierhergehörenden Fall, welcher kürzlich in der dermatologischen Klinik zu Kyoto zur Beobachtung kam, kurz zu berichten.

H. U., 28 Jahre, Bauer. In seinem 6. Lebensjahre entdeckte er eine reiskorngroße, indolente Geschwulst an der Unterfläche des Penis hinter dem Frenulum, welche mit zunehmendem Alter ganz allmählich sich vergrößerte, bis sie die heutige Größe erreicht hat.

Äußere Genitalien normal entwickelt. Hinter dem Frenulum an der Raphe und zwar vom Orificium urethrae ca. $1^1/_2$ cm entfernt, findet sich eine doppelfingerspitzengroße, halbkuglig erhabene ⊂⊃-förmige Geschwulst, deren Längsachse sich mit der Raphe, wo sie halbiert wird, senkrecht kreuzt. Der linksseitige kleinfingerspitzengroße Abschnitt derselben vereinigt sich an der Raphe durch eine schmale Verbindungsbrücke mit dem rechtsseitigen, zeigefingerspitzengroßen. Die Geschwulst, deren Oberfläche etwas stark vaskularisiert ist, ist weich elastisch, fluktuierend, transparent, sitzt subkutan frei beweglich und zeigt keinerlei Verwachsung mit der Haut und Vorhaut (und Frenulum), wie auch mit der Urethra. Der rechte Lappen ist zeigefingerspitzengroß, beinahe kuglig, mit glatter Oberfläche; der linke ist etwas kleiner, hat 2—3 seichte Einkerbungen. Dazwischen liegt eine schmale Verbindungsbrücke von ähnlicher Konsistenz und Beschaffenheit.

Die Zyste wird total exstirpiert. Inhalt der Zyste ist dickschleimig, milchigweiß getrübt; mikroskopisch findet man wenige zertrümmerte Epithelien, Detritus und Schleimmasse. Leukozyten, Cholesterinkristalle und Fettkügelchen fehlen.

Das Objekt wurde in Formalin (10%) fixiert, dann ausgewaschen, entwässert, in Paraffin eingebettet und in Serien untersucht.

Die Serien wurden so angefertigt, daß die Zyste von vorn nach hinten senkrecht zur Längsachse der Urethra zerlegt wurde, wobei die beiden Abschnitte der Zyste eine Ebene bildeten, und man konnte daher die Struktur derselben in Reihenfolge verfolgen.

Bei der histologischen Untersuchung stellte sich heraus, wie die schematischen Bilder es gut veranschaulichen, daß die Geschwulst aus einem länglichen multilobulären Hohlraum (L. R.) und zwei dazwischenliegenden kleineren Zysten besteht, deren eine (m.) dicht am

Digitized by Google

linken Abschnitt (L.) des Haupthohlraums sitzt und die andere (n.), welche mikroskopisch klein ist, an der Basis der Geschwulst (d. h. urethralwärts) liegt.

Wir fangen mit der Beschreibung der Nebenzyste (m.) an. Diese zeigt ein im Querschnitt sternförmiges (papillentragendes) Lumen. Dieses ist mit mehrschichtigen, kubischen und gegen das Zentrum hin zylinder- oder becherförmigen Epithelzellen ausgekleidet und zeigt als Inhalt homogene Masse, Schleim und epithelialen Detritus.

Die Dicke der Epithelschicht ist ungleichmäßig, meistens 4 bis 5 bis 6 Lagen; stellenweise ist sie dünn und zählt nur 2 Lagen, was vielleicht in gesteigertem Druck, wie Chiari und Gerulanos annehmen, eine Erklärung findet. Stellenweise findet man statt Zylinderepithel mehr platte Epithelien, wobei sich aber Verhornung, Keratohyalin, Stachelzellen und basale Zylinderzellen vermissen lassen.

Darunter folgt eine zellenreiche, dünne, gefäßreiche Bindegewebsschicht (kavernöses Bild fehlt); elastische Fasernetze finden sich reichlich in der subpapillaren Schicht.

Ferner finden sich reichlich in der Umgebung der Zyste kleinere und größere Gruppen von Schleimdrüsen, die morphologisch vollkommen Littreschen Drüsen gleichen und durch Vermittlung von Ausführungsgängen sich in das Lumen der Zyste ergießen.

Hier und da ist die Wand eine ganz kurze Strecke weit mit einschichtigem, helleibigem, hohem Zylinderepithel bekleidet, und es münden hier in den weiteren Schnitten die eben erwähnten Schleimdrüsen.

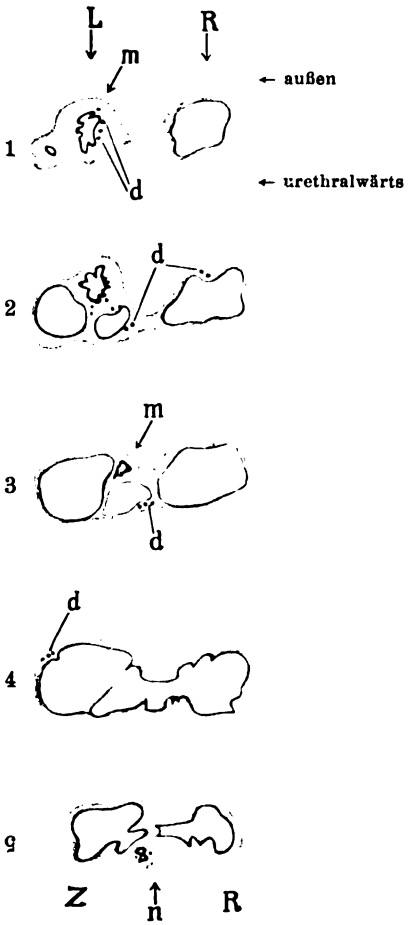


Fig. 1. Schnittfläche der Zysten.
(Von vorn nach hinten in d. Reihenfolge 1—5.)
L R = Haupthohlraum, m = Zyste,
n = kleinste Zyste, d = Drüse.

Histologisch zeigt die Wand des Haupthohlraumes (L. R.) eine große Ähnlichkeit mit der oben beschriebenen, obwohl sie viel dünner ist.

Die beiden lateralen Wandungen desselben sind besonders dünn, besitzen stellenweise nur 1—2 schichtige, sehr platte Epithelien.

Der Haupthohlraum (besonders L. Abschnitt) ist mit unvollkommenen Septen multilobulär eingeschnürt (möglicherweise durch Kommunikation einiger Zysten sekundär entstanden?).

Digitized by Google

Die umgebende Bindegewebslamelle ist weniger entwickelt, ebenso auch elastische Fasern; Papillen ganz undeutlich ausgebildet. In dem Bindegewebe befinden sich einige Pakete der Drüsen.

Die dritte, kleinste Zyste endlich, welche $^1/_3$ mm lang, $^1/_{10}$ mm breit ist, und stielartig in der Basis der Hauptgeschwulst liegt, zeigt ein gewundenes Lumen mit wenigen Drüsen.

Es handelt sich also histologisch um mehrkammerige und zugleich mehrlappige und papillentragende Zysten, deren Wand mit geschichtetem Zylinder- und teilweise mehr kubischem oder sogar Platten-Epithel bedeckt ist. Wichtig ist, daß die Drüsen offenbar Littresche Drüsen sind, die für gewöhnlich in die Morgagnische Lakune münden.

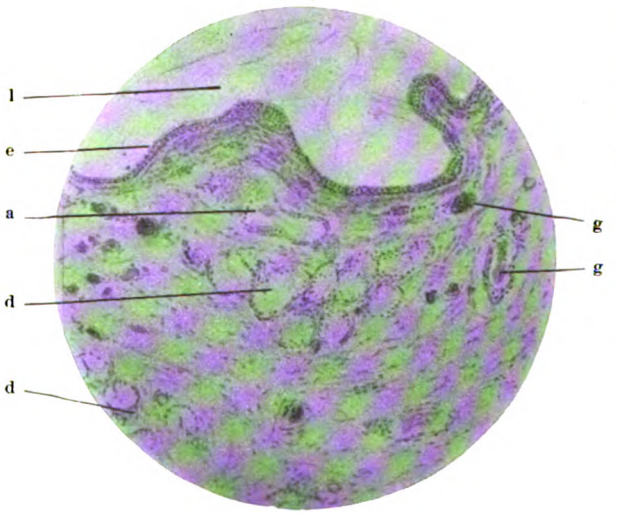


Fig. 2. Wandung der Zyste (m.).
e = Epithelschicht, l = Lumen, d = Schleimdrüsen, a = Ausführungsgang, g = Gefäße.
Vergrößerung: Zeiß, Obj. AA. Ok. 2.

Aus dem eben beschriebenen Befunde ist klar, daß die Zyste aus der Urethralschleimhaut sich entwickelte.

Ich lasse hier die bis jetzt publizierten Fälle der Zylinderepithelzysten in der Raphegegend folgen.

Hiermit sind alle Fälle, soweit ich die Literatur kenne, erschöpft. Es gibt also sieben Fälle von Zylinderepithelzysten, welche merkwürdigerweise histologisch von Fall zu Fall mehr oder weniger Differenzen zeigen.

Interessant ist, daß der vorliegende der einzige Fall ist, welcher Littresche Drüsen besitzt.

Nach Suter zeigen die histologisch untersuchten Fälle vom kongenitalen Harnröhrendivertikel (deren Kommunikation mit der Urethra möglicherweise erst sekundär durch Entzündung der Urethra oder irgend welche grobe Insulte, z. B. Bougierung von seiten derselben entstehen mag) fast ausschließlich epidermoidale Auskleidung statt Zylinderepithel.

Bemerkenswert wären noch die Zysten, welche gewöhnlich als Dermoide bezeichnet werden und epidermoidale (statt dermoidale) Struktur aufweisen.

Digitized by Google

Autor	Alter des Patienten	Bestehen	Größe, Lokalisation usw.	Verwachsung usw.	Zysteninhalt	Histologie der Zystenwand
1. REDARD	10 Monate	Bei der Geburt schon.	Haselnußgroß, rund, transparent. An der Unterfläche des Präputiums, in der Medianlinie.	Haut verschieblich. Am Frenulum etwas adhäsiert.	Weißlich (hell?), klebrig.	Mehrschichtiges Epithel; die oberste Lage zylinder- und becherförmig.
2. MERMET (observ. 18.)	35 Jahre.	Seit d. 10. Lebensj. bem.	Bohnengroß, transparent. Links (?) der Raphe, mit ihr zusammenhängend, 4 cm unterhalb d. Orifiz.	Haut verschieblich.	Milchig, schleimig, Zylinderzellen.	Mehrschichtiges Zylinderepithel (4—5 sch.). Äußere, derbe und innere, lockere Bindegewebsschicht; papillentragend.
3. GUTMANN	20 Jahre.	Er besitztes, solange er denken kann.	Subkutan zwischen den Blättern des Präputiums. Links und rechts vom Frenulum je eine, etwa erbsengroße, transparente Geschwulst.	Verschieblich. Keinerlei Verbindung mit der Harnröhre wie auch mit Vorhaut.	Gallertig, milchig, fadenziehend.	Die beiden Zysten kommunizieren nicht miteinander; kein epithelialer Verbindungsstrang zwischen denselben. Umgebende Bindegewebe: äußere, lockere, gefäßreiche und innere, dicht gefügte Schicht· stellenweise entzündlich infiltriert. Vorwiegend geschichtetes Zylinder u. teilweise geschichtetes Plattenepithel. Diese Zylinderzellen mit basalem Kern zeigen bisweilen Becherform, manchmal mehr kubisch. Auf diese Lage folgen 1 oder 2—3 Reihen rundl. Ersatzzellen. Das Plattenepithel zeigt weder Körner, noch Hornschicht. Bräunl. Pigment im Epithel u. in der an das Epithel angrenzenden Bindegewebsschicht der linken Zyste. Nirgends Papille.
4. THÖLE	51 Jahre.	Seit der Jugend	Unterseite d. Penis, etwas rechts von d. Mittellinie. 5 cm lange Zyste hat zwei seichte Einschnürungen. Vorderes Ende reicht bis zur Basis des Präputium. Das hintere, sich verschmälernde Ende der Zyste geht direkt in die Raphe über.	Subkutan. Nach der Urethra hin kein epithelialer Verbindungsstrang. Außerdem Hypospadie.	Flüssig.	In Serien untersucht. Einkammerig, ohne bindegewebige Kapsel. Im vorderen Teil der unteren Wand geschichtetes Plattenepithel, oben einschichtiges Zylinderepithel. Hintere $^2/_5$ der Zyste nur Zylinderepithel. Partiell Kontakt zwischen der Epidermis, der Penisbaut und diesem Plattenepithel. Körniges braunes Pigment in Plattenepithel. Epithelfasern nachweisbar. Keratohyalin, Eleidin und Verhornung fehlen. Keine Papillen.
5. ORO			Vorhaut.		Serös.	Bindegewebswand mit Gefäßen und Lymphgefäßen und einer Lage Zylinderepithel.
6. FISCHER	25 Jahre.	Angeboren.	Kirschgroß, besteht aus einigen runden Anschwellungen. $1^1/_2$ cm hinter dem Frenulum, rechts. Zwischen beid. Vorhautblättern.	Haut verschieblich.	Serösgallertig.	Geschichtetes Zylinderepithel, mit zahlreichen drüsenartigen Ausstülpungen. Zunächst zellenreiches, dann derbfaseriges, gefäßreiches Bindegewebe. (ORTH stellte die Diagnose Zystadenom.)

Digitized by Google

Was die Lokalisation anbelangt, so liegen alle bisher publizierten Zylinderepithelzysten in der Nähe der Raphe und zwar angeboren, und lassen sich daher zwanglos als infolge embryonaler Entwicklungsstörung in der Schlußlinie der Genitalrinne entstehende Mißbildung erklären. Fischer nimmt als Ausgangspunkt seiner Adenomzyste die Talgdrüsen an, was Gerulanos und Wechselmann auch zugaben. Außerdem gibt es noch Talgdrüsenadenome im Skrotum nach Kocher und Crompton. Wäre Fischers Anschauung richtig, so kommen als Ausgangspunkt der Zylinderepithelzysten außer der Urethralschleimhaut die Hautdrüsen und zwar die Talgdrüsen in Betracht.

Betreffs der Einteilung der Zylinderepithelzysten scheint Gutmann die Adenomzyste Fischers der Einfachheit halber mit Zylinderepithelzyste (?) identifizieren zu wollen, was mir nicht richtig zu sein scheint.

Auf Grund der bisher beobachteten Fälle scheint es mir am zweckmäßigsten, folgende Einteilung aufzustellen, weil Fischers Fall histologisch wie auch genetisch im Vergleich mit den übrigen etwas anders gedeutet wurde: Zylinderepithelzysten 1. mit Schleimdrüsen, 2. ohne Schleimdrüsen, 3. Adenomzysten (angeboren?).

Literatur.

1. Crompton, zit. nach Kocher. — 2. Dardignac, Kyste mucoid souspréputial, 1894, zit. nach Wechselmann. — 3. Fischer, Zystadenome der Vorhaut. Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1889, Bd. 29, Seite 605. — 4. Gerulanos, Ein Beitrag zu den Dermoiden des Penis. Dtsch. Ztsch. f. Chir., 1900, Bd. 55, Seite 329. — 5. Guthann, Ztschr. f. Urologie, 1910, Seite 907. — 6. Kocher, Krankh. d. männl. Geschlechtsorg. Dtsch. Chir. — 7. Oro, zit. nach Wechselmann. — 8. Mermet, Kyste mucoide du raphé pénien, Bull. de la soc. anat., 1897, zit nach Wechselmann. — 9. Redard, Sur un cas rare de Kyste muqueux à cellules cylind. du prépuce. Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1890. — 10. Suter, Ein Beitrag zur Histologie u. Genese d. kongenitalen Divertikel d. männl. Harnröhre. Arch. f. klin. Chir., 1908, Bd. 87, Seite 225. — 11. Thöle, Angeborene Zysten der Genitoperinealraphe. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 20, Seite 446. — 12. Yokoi, Über d. zystischen Tumoren bes. Epidermoidzysten d. Genitoperinealraphe. Tokyoer med. Wochenschr., 1913. — 13. Wechselmann, Über Dermoidzysten u. paraurethrale Gänge d. Genitoperinealraphe. Arch. f. Derm. u. Sph., 1903, Bd. 68.

Über die intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans.

Von

Prof. Dr. Max Joseph, Berlin.

Damit diese ausgezeichnete Methode nicht wieder durch ein unzweckmäßiges und umständliches Instrumentarium mißkreditiert werde, erlaube ich mir im Anschluß an die kurze Mitteilung von Fontana

Digitized by Google

(Dermat. Wochenschr. 1913, H. 35, S. 1032) hier kurz das Wort zu ergreifen. Bei der daselbst beschriebenen Spritze wird der Kolben mittels Zahnstange durch einen seitlichen Knopf bewegt. Es ist dies eine Vorrichtung, wie sie in früheren Jahren bei großen Aspirateuren zu außerordentlich starkem Druck verwendet wurde, welche aber meines Erachtens für die intravenöse Injektion durchaus unpraktisch ist. Es sind für die Benutzung der Spritze zwei Hände erforderlich, so daß man unbedingt zu der Injektion einen Assistenten benötigt. Außerdem läßt die Umdrehung nur ein verhältnismäßig langsames Injizieren zu und schließt das Ausprobieren auf Dichtigkeit vollständig aus.

Dagegen scheint mir eine gewöhnliche Rekordspritze, oder noch besser die von der Firma W. Elges (Berlin N. 24) hergestellte Astraspritze „Modell Rote Marke", welche durch alle einschlägigen Geschäfte zu beziehen ist und wie sie in Nr. 11, 1913, XVI. Jahrg. meines Derm. Zentralbl. von meinem Assistenten Willy Cohn beschrieben wurde, weitaus praktischer zu sein. Sie hat sich mir außerordentlich bewährt, ohne daß daran eine so komplizierte Vorrichtung notwendig ist. Die Spritze hat ihren Zylinder in einer Metallhülse, an welcher zu beiden Seiten Griffe angebracht sind, so daß man die Injektion bequem mit einer Hand vornehmen kann. Außerdem ist bei dieser Spritze dem Umstand Rechnung getragen, daß Metall und Glas beim Erhitzen sich nicht gleichmäßig ausdehnt, und am Ende des Glaszylinders eine Erweiterung gemacht, welche dem Kolben genügend Spielraum läßt, um die Spritze im gebrauchsfähigen Zustande auskochen zu können.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 117, Heft 2, 1913.

Über ein eigentümliches Beispiel künstlich erzeugter Hautimmunität bei sekundärer Lues, von Gustav Stümpke-Hannover-Linden. Ein 35jähriger Fuhrmann mit einem über den ganzen Körper ausgebreiteten frischen syphilitischen Exanthem weist in der Kreuzgegend eine viereckige Hautpartie auf, die völlig frei von spezifischen Effloreszenzen ist. Die Grenzen zu der mit Luespapeln übersäten Haut sind äußerst scharf und entsprechen genau der Größe eines Kapsikumpflasters, das Patient kurz vorher 14 Tage lang wegen „Hexenschuß" auf der Stelle getragen. Verf. erklärt den interessanten Befund damit, daß die durch das Pflaster hervorgerufene Hyperämie eine Anhäufung von Schutzstoffen veranlaßt habe. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 11, 1913.

1. Über intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans, von Willy Cohn. An der Josephschen Poliklinik sind bereits über 100 Injektionen von Neo-

Digitized by Google

salvarsan in konzentrierter Lösung gegeben worden. Dabei hat sich die in allen Teilen auskochbare „Astraspritze" bewährt. In die sorgfältig ausgekochte Spritze wurden 7—8 ccm frisch destilliertes, vor der Injektion noch einmal aufgekochtes Wasser gegossen, das Neosolvarsan hinzugeschüttet und unter Umschütteln gelöst. In sitzender Stellung des Patienten, mit herabhängendem Arm, wurde durch eine möglichst dünne Kanule die Lösung langsam, d. h. in 10—15 Sekunden injiziert. Die Wirkung dieser Injektionen war ebenso gut wie bei Infusion; fieberhafte Reaktionen anscheinend seltener; dabei das Instrumentarium erheblich vereinfacht und die Injektionen möglich ohne Assistenz, so daß sie in der Sprechstunde mit ganz geringem Zeitverlust gemacht werden konnten. Da sie sich auch bei schlechter Ausbildung der Venen leicht vornehmen läßt, ist die Injektion besonders bei Frauen geeignet. In einzelnen Fällen kam es zu geringem Vorbeifließen der Lösung, wobei sich sehr schmerzhafte Infiltrate bildeten, die aber stets weich waren und auf Umschläge prompt zurückgingen; immerhin blieben dann die Injektionsstellen wochenlang druckempfindlich, obwohl ein Infiltrat weder fühlbar noch sichtbar war.

2. Über die Verwendung des Noviforms in der Dermatologie und bei venerischen Erkrankungen, von Wenzel Milota-Prag. Bei Verwendung des Noviforms läßt die Sekretion der Wunde infolge des Wismutgehaltes des Präparates bald nach, es bildet sich schnell wieder normales Epithel, und zu gleicher Zeit wird durch die Wirkung des zweiten Bestandteiles, des Antiseptikums Brenzkatechin, die Granulationsbildung beschleunigt und die Heilungsdauer abgekürzt. Auch den gewöhnlichen Nachteil der Krustenbildung, den feine trockene Pulver haben, hat Verf. bei Noviform nicht beobachten können. Das Präparat ist vollkommen reizlos, läßt sich infolgedessen sogar gegen artifizielle Ekzeme, z. B. Jodoformekzem, verwenden und beseitigt den unangenehmen Geruch übelriechender Absonderung sehr rasch.

W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 13. März 1913.

Artifizieller Hautausschlag, von F. P. Weber. Der Ausschlag bei dem 33jährigen Dienstmädchen hatte den Charakter eines rezidivierenden Erythema bullosum, und die Täuschung wäre wahrscheinlich längere Zeit noch weiter durchgeführt worden, wenn die Pat. nicht versucht hätte, durch Fälschung der Achseltemperatur auch Fieber vorzutäuschen.

Fall von Hidradénomes éruptifs (Syringoma), von J. H. Sequeira. Die Affektion (offenbar identisch mit der von Kaposi als Lymphangioma tuberosum multiplex beschriebenen Abnormität) trat bei dem 23jährigen Mädchen zuerst vor drei Jahren an dem Thorax hervor und hat seitdem, ohne irgend welche subjektiven Beschwerden zu verursachen, zu einer ziemlich reichlichen Aussaat von stecknadelkopf- bis halberbsengroßen Knötchen geführt.

Zirkumskripte Leukodermie (Morphaea), von G. N. Meachen.

Urticaria pigmentosa, von G. N. Meachen.

Fall zum Diagnostizieren, von G. N. Meachen.

Fall von Folliklis bei einer 23jährigen Frau, von J. M. H. Mac Leod. Die Patientin war von ausgesprochen tuberkulöser Disposition, und der Fall wird vorgestellt, um die Beziehung des Grundleidens zu der Dermatose zu illustrieren.

Ein Fall von Favus vom erythematosquamösen Typ, von J. M. H. Mac Leod.

Alopecia areata und Tinea tonsurans, von E. G. G. Little.

Digitized by Google

Sitzung vom 17. April 1913.

Fall von ungewöhnlichem, papulös-nekrotisierendem Tuberkulid, von A. Whitfield. Die an der Sakralgegend und Umgebung bei der 50jährigen Frau lokalisierte Affektion hatte manche Ähnlichkeit mit Spätsyphiliden und auch mit Lichen planus. Die Reaktion auf Alttuberkulin war allerdings zweideutig, aber die Diagnose wird als gesichert angesehen, nachdem die Biopsie das Vorhandensein von einem unzweifelhaften Tuberkelbazillus in der Läsion ergeben hat.

Fall von neurotischen Exkoriationen, von H. Davis. Es handelte sich um ein 25jähriges Dienstmädchen, welches am Gesicht und den Händen sich durch Reiben und Kratzen bearbeitet hatte, wahrscheinlich um sich Krankengeld und eine Ferienerholung zu verschaffen.

Fall von Mykosis fungoides, von H. Davis. Bei der 56jährigen Patientin bot die seit etwa $2^1/_2$ Jahren bestehende, nunmehr universelle Affektion verschiedene Läsionen dar, so daß man außer der Diagnose Mykosis fungoides an der Grenze zwischen prämykotischem und mykotischem Stadium auch an Parakeratosis variegata, Syphilis und Lupus erythematosus denken konnte.

Fall von Lichen planus, von E. G. G. Little. Der Pat. gibt an, vor 21 Jahren von R. Crocker als an Psoriasis leidend behandelt worden zu sein; zurzeit besteht aber ein typischer Lichen planus.

Multiple Telangiektasien, von J. H. Sequeira. Pat., eine 55jährige Frau, kam wegen einer anhaltenden Blutung aus einer telangiektatischen Stelle am Finger. Die typischen zahlreichen Läsionen sollen erst mit drei bis sechs Jahren hervorgetreten sein.

Multiple subkutane Abszesse bei einem jungen Mädchen, von J. H. Sequeira. Die Affektion erinnerte sehr an Bazins Erythema induratum, aber auch an Sporotrichosis. Die angelegten Kulturen fielen indessen ergebnislos aus, und auch die Tuberkulinprobe nach Moro war negativ.

Fall zum Diagnostizieren, von G. N. Meachen. Es handelte sich um eine seit zirka sechs Jahren bestehende Rötung und Induration in der Ausdehnung eines Zweimarkstückes an der Wade bei einem 14jährigen Mädchen, wohl ein Granulom als Folge von bakterieller Infektion.

Fall von persistierendem erythematösem Ausschlag, von A. M. H. Gray. Am ehesten ist G. geneigt, das Leiden bei der 37jährigen anämischen und kachektischen Frau als Erythema elevatum diutinum nach Crocker zu klassifizieren.

Erythematöse Läsionen der Hände bei einem Fall von Lupus vulgaris, von A. M. H. Gray.

Ein mit Arsenikpaste behandelter Fall von Ulcus rodens, von A. M. H. Gray. Der 38jährige Pat. hat seit 18 Jahren am Jochbein das langsam wachsende, aber schließlich zu großen Zerstörungen führende Neoplasma dargeboten. Nachdem Radium mit nur mäßigem Erfolg gebraucht worden war, ist mit der Arsenikbehandlung fast vollständige Heilung eingetreten.

Ausgewachsene Kulturen von Achorion Quinckeanum, von J. M. H. Mac Leod.

Kongenitale Hyperkeratose der Hände und Füße, von H. G. Adamson. An den befallenen Gebieten war die Haut so stark verhornt und schwarz verfärbt, daß es aussah, als ob das vier Monate alte Kind schwarze Handschuhe resp. Socken anhätte.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little.

Multiple „kalte", subkutane Abszesse bei einem elf Monate alten Mädchen, von E. G. G. Little.

Digitized by Google

Demonstrationen zum Thema der malignen und zweifelhaft malignen Tumoren der Haut, von A. Whitfield, J. H. Sequeira, J. E. R. Mac Donagh und H. Davis. Es wurden teils auf dem Wandschirm, teils mit dem Epidaskop und unterm Mikroskop Präparate von Molen, vom Nävokarzinom, Pagetscher Krankheit, Ulcus rodens usw. demonstriert.

Sitzung vom 22. Mai 1913.

Fall zum Diagnostizieren, von M. Morris und S. E. Dore. Bei dem 52 jährigen Patienten entwickelte sich vor $1^1/_4$ Jahren eine kleine Ulzeration am Gesicht, und auf diese Läsion folgten zahlreiche Tumor- und Geschwürsbildungen, welche teils als Lymphosarkome oder Lymphodermia perniciosa, teils als Mykosis fungoides bei der Diskussion angesprochen werden.

Fall zum Diagnostizieren, von J. L. Bunch. Es handelt sich um Verdickungen an verschiedenen Stellen der Haut und um subkutane Knötchen, zum Teil mit Fistelbildung. Die Läsionen waren während des Aufenthalts des 45 jährigen Patienten auf Trinidad entstanden und waren wohl durch Sporotrichosis bedingt, obwohl die angelegten Kulturen negativ ausfielen. Es war auch an Lepra und Syphilis gedacht worden.

Kongenitale Hyperkeratose der Hände und Füße usw., von J. H. Sequeira. Der Fall, ein Mädchen von vier Jahren betreffend, wird als Pendant zu dem in der vorigen Sitzung gezeigten Kinde vorgestellt. Die Läsionen hatten symmetrisch die Hände und Füße und einen Teil der Vorderarme und Unterschenkel ergriffen mit Beteiligung vorwiegender Flexuren.

Fall von Lupus erythematosus, von J. H. Sequeira. Das sehr typische Leiden hat bei dem 43 jährigen Patienten schon 27 Jahre bestanden und hat des weiteren zu sehr ausgedehnten Drüsenschwellungen am Halse geführt. Auch an den Handrücken fanden sich Läsionen. Patient bot auch Zeichen einer Lungenaffektion dar.

Ein eigentümlicher Fall von Lymphangioma circumscriptum bei einem 6 jährigen Mädchen, von J. M. H. MacLeod. Der zirka 5 cm im Durchmesser betragende Tumor in der Gegend der rechten Mamma soll bald nach der Geburt hervorgetreten sein, ist gelegentlich ausgekratzt worden, und in letzter Zeit sind an der Stelle wiederholt Bläschenbildungen hervorgetreten.

Fall von pigmentierten, nävusartigen Epheliden bei einem 16 jährigen Mädchen, von J. M. H. MacLeod. Die ungefähr linsengroßen Läsionen waren an der linken Seite von der Axilla bis zum Gesäß hin ausgestreut und sind zuerst vor 5 Jahren bemerkt worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 3. Juli 1913.

1. Antwort auf den Vortrag von Leredde über die Sterblichkeit an Syphilis im Jahre 1910, von Alex. Renault. In einer längeren Ausführung entwickelt der Verfasser seine Ansicht, daß die von Leredde angegebene Zahl der Todesfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Syphilis bedingt sind, zu hoch gegriffen sei. Die von L. angeschuldigten Affektionen sind nicht so oft syphilitischer Natur, diese könne auch nicht durch die Wassermannsche Reaktion erwiesen werden.

2. Sklerodermie mit rapidem Verlaufe bei sekundärer Syphilis, von L. Brocq, Fernet und Maurel. Der 32 jährige Patient hatte vor zwei Jahren Syphilis akquiriert, die er sorgfältig behandeln ließ. Fünf viertel Jahre nach der Infektion trat an beiden Füßen ein derbes Ödem auf, das ihn an den Bewegungen hinderte. Die Affektion ver-

Digitized by Google

breitete sich rasch über größere Körperflächen. Bei der Aufnahme fand sich eine diffuse symmetrische Sklerodermie, besonders auf den Unterextremitäten und dem Gesichte, die den Stamm und die Oberextremitäten freiließ. Wassermann +. Der Patient wurde sowohl antisyphilitisch sowie mit Thyreoidin und dem faradischen Strome behandelt, doch ohne nennenswerten Erfolg. Dieses negative Resultat spricht nicht dafür, daß ein Zusammenhang zwischen der Syphilis und der Sklerodermie besteht.

3. Syphilis und Sklerodermie, von E. Jeanselme und A. Touraine. Die 48jährige Patientin leidet seit anderthalb Jahren an einer sehr ausgebreiteten Sklerodermie, die mit Hyperästhesie und heftigen Schmerzen einhergeht. Da die Frau auf Erbsyphilis verdächtig war, wurde die Wassermannsche Reaktion angestellt, die positiv ausfiel. Die Lumbalpunktion ergab eine beträchtliche Lymphozytose. Es wurden deshalb mehrere Serien von Quecksilberinjektionen eingeleitet; von dem Beginne der spezifischen Behandlung an trat eine zwar langsame, aber sichere Besserung ein. Während der Zustand an den Fingern unverändert blieb, wurde die Haut auf den Handrücken, den Beinen, der Brust und im Gesichte wieder fast völlig weich und normal. Auch die hyperästhetischen Zonen sind verkleinert, die subjektiven Beschwerden dagegen unverändert. Dieser Erfolg spricht für einen Zusammenhang zwischen Sklerodermie und Syphilis in diesem Falle. Dieser kann dreierlei Art sein. Entweder ist die Schilddrüse durch die Syphilis geschädigt und hat die Sklerodermie verursacht; oder diese ist durch eine spezifische Affektion der Kapillaren hervorgerufen; oder die Sklerodermie ist durch eine Alteration des Nervensystems durch die Syphilis bedingt. Die Verteilung der sklerodermatischen Herde, der Sensibilitätsstörungen sowie die Liquorveränderungen machen den Verfassern diese Hypothese am wahrscheinlichsten.

4. Neuritis optica nach Neosalvarsan, von Milian. M. hatte im Januar 1913 einen Patienten vorgestellt, der sich reinfiziert hatte; 45 Tage nach dem zweiten Schanker erschien eine Roseola. Er erhielt vier Neosalvarsaninjektionen, durch welche die syphylitischen Erscheinungen zum Schwinden gebracht wurden; dennoch blieb der Wassermann positiv. $2^1/_2$ Monate nach der Behandlung begann der Patient über Nebelsehen zu klagen, das Sehvermögen wurde immer schlechter und schließlich links gleich Null. Es fand sich eine hochgradige Neuritis optica. Durch vier Neosalvarsaninjektionen wurde das Sehvermögen wieder völlig hergestellt. Der Fall spricht für die syphilitische Natur der Neurorezidive.

5. Frühzeitiges Auftreten der Wassermannschen Reaktion bei Schankern der Oberlippe, von E. Joltrain und G. Lévi Franckel. Ein 15jähriges Mädchen hatte an der Oberlippe eine Läsion, die zuerst als Herpes imponierte, sich aber bald durch beträchtliche Drüsenschwellung als Sklerose manifestierte. Zwölf Tage nach dem Spitalseintritte war die Wassermannsche Reaktion positiv. Verfasser weisen auf das frühzeitige Auftreten der Seroreaktion hin, das sie durch den Reichtum der Lippe an Lymph- und Blutgefäßen erklären. Sie haben noch zwei ähnliche Fälle beobachtet. (Wie lange bei dem besagten Mädchen der Schanker beim Spitalseintritte bestand, ist nicht gesagt. Jedenfalls nicht allzu kurze Zeit, da doch bald Drüsenschwellung auftrat. Wenn man nur einige Tage rechnet, so haben wir: 3 Wochen erste Inkubation + 12 Tage + einige Tage, d. h. die Wassermannsche Reaktion trat in der sechsten Woche nach der Infektion auf, woran gar nichts zu verwundern ist. D. Ref.)

6. Abortive syphilitische Meningealerscheinungen, die eine Abdominalaffektion vortäuschten, von Ed. Joltrain. Eine 27jährige Frau abortierte bald nach ihrer Verheiratung; nach $1^1/_2$ Monaten wurde sie von Beschwerden seitens des Verdauungstraktes befallen. Sie hatte schlechte Verdauung, aufgetriebenen Leib, Unwohlsein,

Digitized by Google

Schwindel, abwechselnd Durchfall und Verstopfung sowie Schmerzen im rechten Hypochondrium, die sich bis zu Koliken steigerten. Die Beschwerden wurden auf eine Appendizitis bezogen und deshalb der Wurmfortsatz entfernt. Bald aber kamen alle Erscheinungen wieder. Bei der Untersuchung deutete eine geringfügige Pupillendifferenz und Nackensteifigkeit auf eine Affektion des Zentralnervensystems; der Abort ließ an Syphilis denken, und die Wassermannsche Reaktion bestätigte diese Diagnose. Die nun vorgenommene Lumbalpunktion ergab einen lymphozytenreichen Liquor mit positivem Wassermann. Es wurde deshalb eine energische Quecksilberkur eingeleitet, die alle Symptome raschestens zum Verschwinden brachte.

7. Behandlung der progressiven Paralyse mit Neosalvarsan, von Leredde. L. bringt die Krankengeschichten von 13 Paralytikern, die er einer energischen Neosalvarsanbehandlung unterzogen hat. Er gab jeden Monat eine Serie von 4—6 Injektionen, mit kleinen Dosen beginnend und bis 0,9, 1,2 und 1,5 steigend. Nie hat er böse Folgeerscheinungen gesehen. Die Injektionen riefen Kopfschmerzen, Unwohlsein, Erbrechen, Steigerung der Schmerzen hervor, doch gingen alle diese Symptome rasch vorüber. Nie hat die Behandlung das Leiden verschlimmert. Mit einer einzigen Ausnahme haben dagegen alle Kranken eine bedeutende Besserung ihres Zustandes erfahren; das Gedächtnis, die Energie, das Gemüt usw. kehrten wieder, kurz, es war ein förmliches geistiges Wiederaufleben. Mit dieser Besserung ging auch eine Abnahme der Seroreaktion einher. L. glaubt, daß die Paralytiker durch eine energische und konsequente Behandlung mit Neosalvarsan zu heilen sind; wichtig ist die Schonung des Gehirns.

8. Behandlung des Lupus mit Skarifikationen und Ätzungen mit Chlorzink und Jodtinktur, von J. Nicolas und H. Moutot. Verfasser skarifizieren die Krankheitsherde tief und weit ins Gesunde in verschiedenen Richtungen, nach exakter Blutstillung ätzen sie mit 10% Chlorzink und hierauf mit Jodtinktur. Es bilden sich dadurch zarte weißliche Narben. Durch Wiederholung der Sitzungen wird allmählich der ganze Lupus zur Abheilung gebracht; waren die Skarifikationen tief genug, kommt es auch nicht zu Rezidiven. Das Verfahren hat den Verf. ausgezeichnete Resultate geliefert, die über denen anderer Methoden (Radiotherapie usw.) stehen.

9. Pruritus mit Lichenifikation und Leukokeratose der Lippe, von J. Nicolas und H. Moutot. Die 56jährige Frau hatte Läuse, nach deren Entfernung heftiger Pruritus zurückblieb. Bei der Aufnahme zeigte sie am Rücken, den Unterarmen und den Beinen Knötchen von polygonaler, lichenoider Form oder solche, die wie Prurigo aussahen. Es bestanden auch größere infiltrierte Herde. Auf der Schleimhaut der Unterlippe baumförmige verästelte oder auch punktförmige weiße Erhabenheiten. Die Affektion sah täuschend wie ein Lichen planus der Haut und der Schleimhaut aus. Doch konnten die Munderscheinungen als traumatische Leukokeratose und die Hauterscheinungen als Pruritus erkannt werden.

10. Syphilitischer Schanker des Vorderarmes, von F. Balzer und Landesmann. Der 50jährige Patient bot an der Innenfläche des linken Unterarms eine fünffrankstückgroße, flache, krustöse, derbe und infiltrierte Läsion. Derbe Schwellung der Achseldrüsen, papulöses Syphilid und Alopezie. Die Affektion war als Furunkel behandelt worden.

11. Kraurosis vulvae und Lichen atrophicus, von F. Balzer und Landesmann. Eine 36jährige Frau mit typischer Kraurosis vulvae hat an den Oberschenkeln runde weißliche Herde mit glattem deprimiertem Zentrum, während der Rand erhaben, leicht rötlich und gefältelt ist. Diese Affektion wurde als Lichen atrophicus erkannt. Verfasser glauben nicht, daß Syphilis die Ursache der Kraurosis vulvae sei, sondern die senile

Digitized by Google

Involution des Genitale nach der Menopause. Der Lichen atrophicus hat bei der Entwicklung der Krankheit eine gewisse Rolle gespielt.

12. Das Mineral des Ichthyols aus Saint-Champ, von F. Balzer. Demonstration und Beschreibung des bituminösen Steines. Richard Frühwald-Leipzig.

Folia Urologica.

Bd. 8, Nr. 1, August 1913.

1. Ein Fall von Bilharziosis in Upsala, von G. Ekehorn-Upsala. Der mitgeteilte Fall war aus Südafrika nach Schweden eingeschleppt, hatte sich während eines vierjährigen Aufenthaltes daselbst aber nicht gebessert, sondern verschlimmert; schließlich kam eine infektiöse Pyelonephritis mit allgemeiner Sepsis dazu, an der Patient nach vier Tagen starb. In der Blase wurden ungeheure Massen von Distoma-Eiern gefunden. Charakteristisch war das bei der Zystoskopie gefundene Bild, das auf der Schleimhautoberfläche haarfeine, steife, fransenartige Exkreszenzen zeigte, die so dicht saßen, daß ganze Oberflächenpartien wie mit einem dichten Pelz von kurzen steifen Haaren bewachsen erschienen. Es handelte sich bei diesen Fransen aber nicht um papillomartige Auswüchse, dieselben waren vielmehr durch Zerfetzung und Zerfransung der Oberfläche der Blasenwand entstanden.

2. Beitrag zum Studium der einseitigen chronischen schmerzhaften Nierenentzündung, von Domenico Taddei-Cagliari. Bei einem 24jährigen Manne kam es im Verlaufe einer Nephritis zu höchstwahrscheinlich urämischen Symptomen (Aphasia motoria, Diarrhöe), die den Verf. zur Nephrektomie veranlaßten; danach vollständige Heilung. Verf. beschreibt genau die anatomisch-pathologischen und histologischen Verhältnisse der entfernten Niere.

3. Über überzählige Nieren (Kasuistik; Mitteilung eines vor der Operation diagnostizierten Falles mit zystischer Erweiterung des vesikalen Ureterendes), von F. Suter-Basel. Von rein chirurgischem Interesse.

4. Zur Anatomie der Prostatahypertrophie, von Josef Englisch-Wien. Die groß angelegte Monographie, welche fortgesetzt wird, behandelt zunächst die Entwicklung der Prostata während des fötalen Lebens und beschäftigt sich mit der Anatomie der verschiedenen zahlreichen kleineren und größeren Drüsen, die sich in der Harnröhre und in deren Umgebung finden. W. Lehmann-Stettin.

Sexual-Probleme.

Februar 1913.

1. Über larvierte Onanie, von Wilhelm Steckel-Wien. Der Verfasser steht auf dem Standpunkte, daß beinahe für jeden Menschen Onanie ein physiologisches Bedürfnis sei. Die meisten Menschen, die sich daran gewöhnt haben, viel zu onanieren, erkranken, wenn sie die Onanie aus äußeren Gründen plötzlich aufgeben, meist an einer Angstneurose; diese oft sehr quälende Erkrankung pflegt erst dann aufzuhören, wenn das betreffende Individuum die Onanie, wenn auch nur in mäßigem Grade, wieder aufnimmt. Steckel glaubt, daß nicht die Onanie die Neurasthenie erzeuge, sondern vielmehr das plötzliche Unterbrechen derselben; er behauptet, noch nie einen Schaden von der Onanie beobachtet zu haben bei Menschen, die an den Schaden nicht glauben, Dann folgen eine Anzahl Krankengeschichten mit Andeutungen von larvierter Onanie. durch die der Verfasser nachweisen will, daß es ein Irrtum sei zu glauben, daß die Onanie nur an den Genitalien vor sich gehe, vielmehr könne jede erogene Zone (z. B. der Anus, der Mund usw.) zur Onanie benutzt werden.

Digitized by Google

Steckel geht so weit, der Onanie eine wichtige, soziale Bedeutung zu vindizieren: „Sie ist gewissermaßen ein Schutz der Gesellschaft gegen unglückliche Menschen mit übermächtigen Trieben und allzu schwachen ethischen Hemmungen. Würde man die Onanie vollkommen unterdrücken, die Zahl der Sittlichkeitsdelikte würde ins Unglaubliche steigen. Die Onanie schützt manchen Onanisten vor dem Verbrechen. Er tobt sich in seiner Phantasie aus und ist sozial ungefährlich. So wird der asoziale Akt des Autoerotismus zu einer sozialen Notwendigkeit." Steckel schließt damit, daß er bewiesen zu haben glaubt, daß es ein Recht auf Onanie gibt.

2. Das Sexuelle im Leben Napoleons I., von Herrmann Rohleder-Leipzig. Rohleder sucht streng geschichtlich nachzuweisen, daß das eigentliche Liebesleben Napoleons erst mit seinem politischen Aufsteigen und der Begründung seiner Machtstellung begann. Trotz seiner intensiven Liebe zu Josefine Beauharnais fand er bei dieser bei Eingehung der Ehe nur kühle Berechnung, und empfand wohl bald im Zusammenleben mit ihr, daß er da, wo er Liebe zu finden gehofft hatte, nur der Gleichgültigkeit, wenn nicht der Abneigung, begegnete. In diese Zeit seiner Enttäuschung fällt sein rapider Aufstieg auf der Stufenleiter des Ruhmes, und rücksichtslos, zum Teil roh und brutal suchte er sich überall zu entschädigen, wo dem mächtigen Konsul und Kaiser sich fast ausnahmslos alle Frauen unterwarfen, für das, was er bei Josefine entbehren mußte. Mit dem Untergang seiner Machtstellung war der 45jährige auch sexuell ein toter Mann; denn nur seiner Machtstellung allein verdankte Napoleon sein sogenanntes „Glück" bei den Frauen.

3. Wedekinds Erotik, von Martha Kassel-Mühlfelder. Zum Referieren nicht geeignet.

4. Zum ersten deutschen Kinokongreß, von Bruno Meyer-Berlin. Ein Beitrag zu der aktuellen Frage, wie weit die Kientöpperei die Schädlichkeiten, die sie durch die Verschlechterung des Geschmackes und Demoralisierung des Publikums herbeiführt, gutmachen könne, wenn das Mäntelchen der Wissenschaftlichkeit, das sie sich umhängt, zu wirklicher Belehrung und Aufklärung beitragen würde. Lasch-Breslau.

Annales des maladies vénériennes.

Band 8, Nr. 7, Juli 1913.

1. Zur Lokalisation der tertiären Hautsyphilide, nebst zwei eigenen Beobachtungen tertiärer Syphilis seltener Lokalisation, von Pierre Theodoresco-Bukarest. Verfasser berichtet ausführlich unter Beifügung instruktiver Abbildungen über zwei Fälle, deren ulzeriertes Syphilid im ersten Falle die obere Hälfte des rechten Ohres, im zweiten Falle die Gegend vor dem linken Ohr einnahm, Lokalisationsstellen, die Verfasser nach seinen Erfahrungen und nach Durchsicht der Literatur für außerordentlich selten hält. Im ersten Falle handelte es sich um einen 14jährigen Knaben, der im Alter von 5—6 Monaten syphilitische Erscheinungen gezeigt hatte, die entweder auf hereditäre Syphilis oder auf frühzeitige Infektion durch die Amme zurückzuführen waren, der aber im übrigen bis zum Beginn der jetzt beobachteten Veränderungen am Ohr vollkommen gesund gewesen war. Der zweite Fall, ein mit Krusten belegtes, ulzeröses, zirzinäres, präaurikulares Syphilid betraf einen 43jährigen Lehrer, der nach der Anamnese anscheinend im 21. Jahre sich eine Infektion zugezogen hatte.

2. Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen syphilitischer und tuberkulöser Meningitis beim Erwachsenen, von E. Joltrain und G. Lévi-Franckel. In dem ersten der beiden mitgeteilten Fälle handelt es sich um einen 33jährigen tertiär Syphilitischen, der seit einigen Monaten psychische Störungen mit Erregungszuständen

Digitized by Google

zeigt, die an eine beginnende allgemeine Paralyse denken lassen; akute Symptome treten dazu und ergeben einen meningitischen Symptomenkomplex. Wassermann positiv, beträchtliche Lymphozytose der Spinalflüssigkeit. Wassermann positiv im Serum und im Liquor cerebrospinalis. Erst die Autopsie ergab das Vorhandensein einer typischen Meningitis tuberculosa. Bei dem zweiten Kranken, der ebenso wie der erste keinerlei klinische Merkmale einer bestehenden Tuberkulose aufwies, zeigten sich wenige Wochen nach dem Auftreten syphilitischer Schanker psychische Symptome meningitischen Charakters, Lymphozytose der Spinalflüssigkeit und auf spezifische Behandlung hin (vorübergehende) Besserung der bestehenden Erscheinungen. Erst der Nachweis von Tuberkelbazillen im Liquor und die einige Tage darauf mögliche Autopsie bestätigten die Diagnose einer Meningitis tuberculosa.

3. Ein Fall von Lymphogranulomatosis mit positiver Wassermannscher Reaktion, von E. Gaucher und R. J. Weissenbach. Die Erkrankung begann bei einer 39jährigen Näherin mit Anschwellung der inguinalen Drüsen, dazu traten nach und nach Störungen des Allgemeinbefindens, Ödeme, Fieber und ein eigenartiges papulöses Exanthem. Im Blut fand sich eine Lymphozytosis mittleren Grades (17000—21000 weiße Blutkörperchen), mit besonderem Hervortreten der neutrophilen polynukleären Leukozyten (88—90%) nebst einer Anämie zweiten Grades. Da der Wassermann positiv war, wurde das eigenartige Exanthem zunächst für ein Syphilid gehalten, doch hatten weder Quecksilber- noch Jod- noch Arsenbehandlung irgend welchen Einfluß auf die bestehenden Krankheitserscheinungen. Röntgenbestrahlung schien eine Verkleinerung der Drüsenpakete herbeizuführen, doch verließ die Kranke vorzeitig das Hospital und konnte nicht weiter beobachtet werden.

4. Lymphadenom des Zahnfleisches bei einem tuberkulösen Syphilitiker, das für Syphilis gehalten und erst durch die histologische Untersuchung richtig diagnostiziert wurde. Heilung durch Arsen, von Louis Bory. Der Inhalt ist in der Überschrift angegeben.

5. Syphilitischer Schanker des Collum uteri, von Gaucher und Giroux. Wie in den meisten ähnlichen Fällen gelangte der Schanker zur Beobachtung und richtigen Diagnose erst nach dem Auftreten sekundärer Exantheme. Der Schanker selbst war vollkommen rund, hatte ungefähr die Größe eines Zweifrankstückes, war erhaben mit indurierten Rändern und schwärzlichem Grund. Er erstreckte sich über die Vorderfläche der Zervix ohne Beteiligung des Orifiziums.

Band 8, Nr. 8, August 1913.

1. Die Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit und die Frage der staatlichen Kontrolle, von E. Gaucher und H. Gougerot-Paris. Der ausführliche Bericht gibt das Referat wieder, das die Verfasser vor den vereinigten Abteilungen für gerichtliche Medizin und für Dermatologie des internationalen Kongresses in London gehalten haben. Die Verfasser gehen in der Arbeit auf die verschiedenen Möglichkeiten der Gefährdung durch Syphilitische bei den wechselseitigen Beziehungen des praktischen Lebens ein, beschäftigen sich besonders eingehend mit den Gegensätzen zwischen Abolitionismus und Reglementarismus und schließen mit einer Reihe von Sätzen, die ungefähr den Zielen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entsprechen.

2. Über die Anwendung intramuskulärer Salvarsaninjektion, von A. Bertarelli-Mailand. Verfasser empfiehlt als besonders wirksam und handlich für den praktischen Arzt die intramuskuläre Injektion in die Glutäalmuskulatur. Er verwendet das Salvarsan in folgender Zusammensetzung: Salvarsan 0,2—0,3 g, Guajakol 0,2 g, doppelt

Digitized by Google

destilliertes, mit Wasser auf eine 20%ige Lösung verdünntes und sterilisiertes Glyzerin 2 ccm.

3. Plaques der Wangenschleimhaut 33 Jahre nach dem Schanker, von Gaucher und Giroux. Die „Plaques muqueuses tardives" sind nach den Erfahrungen der Verfasser weit häufiger als allgemein angenommen wird; sie berichten über einen Fall ausgedehnter und vernachlässigter Veränderungen an der Wangenschleimhaut bei einem 63jährigen Eisenbahnbeamten, aus dessen Anamnese sich eruieren läßt, daß er im Alter von 30 Jahren ein Geschwür am Bändchen gehabt hat, dessen Narbe noch sichtbar ist. Im übrigen will er keinerlei Erscheinungen gehabt haben, so daß nie eine spezifische Kur vorgenommen wurde.

4. Syphilitischer Schanker der Nasenspitze, von Gaucher und Giroux. Die Diagnose konnte in dem mitgeteilten Falle, der einen 23jährigen Mann betraf, aus der Schwellung der submaxillären Drüsen geschlossen und durch das baldige Auftreten einer Roseola gesichert werden. Der Infektionsmodus ließ sich nicht feststellen, doch war vor Auftreten des Schankers eine kleine Brandwunde an der Nasenspitze sichtbar, die durch unvorsichtiges Umgehen mit einer Zigarette entstanden war.

W. Lehmann-Stettin.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 4, Nr. 2, 15. August 1913.

1. Totale Zystektomie bei multipeln oder infiltrierenden Blasentumoren, von Pierre Héresco. Verf. hat in 4 Fällen die Blase völlig entfernt; 2 Kranke starben nach 6 bzw. 10 Monaten, die beiden anderen sind durch $1^1/_2$ bzw. $2^1/_2$ Jahre gesund. Verf. hat dabei die Ureteren in der Haut des Hypogastriums implantiert, da diese Methode gegenüber den anderen große Vorzüge hat. Man kann die Ureteren sondieren, das Nierenbecken waschen und braucht bloß einen Harnrezipienten. Das Verfahren ist also sehr zu empfehlen.

2. Der Harnstoffkoeffizient im Urin bei Nieren- und Herzaffektionen, von J. Bret und R. Boulud. Ein sehr niedriger Harnstoffkoeffizient (60—76) spricht für beiderseitige, ausgedehnte und tiefe Nierenaffektion. Man findet dabei alle Formen der akuten, subakuten und chronischen Nephritis, sowie auch Nierentuberkulose. Höhere Werte (75—80) finden sich bei partiellen Entzündungen und bei entzündlichen Erscheinungen auf zyanotischen Nieren. Bei gewissen Herzleiden, besonders renalen Ursprungs, findet man übernormale Harnstoffwerte; dieser Umstand ist durch die venöse Blutfülle in den inneren Organen zu erklären. Bei zyanotischen Nieren von Kranken mit akuten oder chronischen Erkrankungen der Herzklappen wurden außerordentlich hohe Harnstoffkoeffizienten gefunden.

3. Umwandlung der zystischen in die glanduläre Zystitis, von Jules François-Renaix. Auf Grund seiner zu kurzem Referate nicht geeigneten Ausführungen kommt Verfasser zu folgendem Schlusse: Die glanduläre Form der Zystitis hat nicht nur eine Ursache. Es ist gezeigt worden, daß das Blasenepithel durch die zystische Zystitis sich in Schleimzellen umwandeln und die glanduläre Form der Zystitis annehmen kann. Dennoch dürften nicht alle Affektionen, die unter diesem Namen beschrieben sind, den genannten Ursprung haben. Wenn man um eine glanduläre Zystitis nicht frische Läsionen der zystischen Zystitis findet, die sich in Umwandlung zu Schleimdrüsen befinden, so muß man die glanduläre Form auf eine Einsprengung von Zellkeimen aus dem Intestinaltrakt zurückführen.

4. Die Pathogenese des Prostatismus, von W. Deton. Verfasser bespricht meist kurz die von Casper und ihm ausgeführten Untersuchungen über die Greisenblase, die

Digitized by Google

gezeigt haben, daß das Bindegewebe zwischen der Blasenmuskulatur mit dem Alter bedeutend zunimmt. Hierauf bespricht er die verschiedenen Hypothesen der Retention bei Prostatikern und kommt zu folgendem Schlusse: Die senile Alteration des Blasenmuskels spielt beim Prostatismus eine Rolle von verschiedener Wichtigkeit, die so groß sein kann, daß der vesikale Prostatismus entsteht. In der großen Mehrzahl der Fälle ist der Prostatismus bedingt einerseits durch die Abnahme der ausstoßenden Kraft und andererseits durch Zunahme der dem Harnstrahl entgegenstehenden Hindernisse, d. h. meistens durch die Prostatahypertrophie.

5. Interureteraler Wulst als Ursache einer kompletten Harnverhaltung, von W. Deton-Charleroi. Der 60jährige Patient litt seit $1^1/_2$ Jahren an Harnbeschwerden; er wurde verschiedentlich behandelt, und es wurde ihm auch ein Blasenstein entfernt. Trotzdem nahmen die Beschwerden stets zu, und es entwickelte sich schließlich komplette Retention. Bei der sehr schwer ausführbaren Zystoskopie wurde die Diagnose auf einen medianen Prostatalappen gestellt. Bei der Operation wurde ein solcher aber nicht gefunden; dagegen ergab die Abtastung der Blase einen dicken Strang am Blasenhalse, der reseziert wurde. Die Beschwerden wurden bedeutend gebessert, Patient konnte spontan urinieren, doch war die Retention noch nicht völlig behoben. Eine neuerliche Zystoskopie zeigte einen fingerdicken Wulst zwischen den Uretermündungen, der sich als das hypertrophische Ligamentum interuretericum präsentierte. Dieses dürfte nach der Ansicht des Verfassers hauptsächlich die Retention verursacht haben.

6. Die neuen Behandlungsmethoden der akuten blennorrhagischen Epididymitis mit besonderer Berücksichtigung des Antimeningokokkenserums, von Eugène Schmutz. Verfasser bespricht meist die verschiedenen modernen Behandlungsmethoden, wie Punktion, Inzision, Injektion von Elektrargol, Biersche Stauung, Applikation von radioaktivem Schlamme und Vakzinotherapie. Näher geht er auf die Behandlung mit Antimeningokokkenserum ein. Er injiziert 20 ccm intraglutäal und wiederholt die Injektion nur im Bedarfsfalle in Intervallen von 5—6 Tagen noch ein- bis zweimal. Die Einspritzung übt eine prompte Wirkung auf die Schmerzhaftigkeit aus, die in kurzer Zeit fast verschwindet; auch der Druckschmerz wird bedeutend herabgesetzt. Ebenso prompt wird das Fieber durch die Injektion herabgedrückt. Die entzündliche Rötung und ödematöse Schwellung des Skrotums nimmt rasch ab. Etwas weniger rasch geht die Infiltration des Nebenhodens zurück, doch läßt sich nach 3—4 Tagen meist eine Volumsverminderung des Organes feststellen. Wenn diese zu langsam eintritt, so ist eine zweite Injektion indiziert. Die entzündlichen Reaktionen der Umgebung (Funikulitis, Vaginalitis usw.) werden durch die Serotherapie ebenfalls günstig beeinflußt. Nach etwa zehn Tagen ist der Nebenhoden meist weich, nur manchmal besteht noch ein etwas derber, indolenter Knoten. Von sechs nach längerer Zeit untersuchten Kranken hatten fünf einen weichen, völlig normalen Nebenhoden; einer hatte noch eine mäßige Schwellung. Verfasser glaubt, daß auch die Funktion des Organes wiederhergestellt wird.

7. Zur urethroskopischen Technik, von Fraisse-Hyères. Verfasser weist darauf hin, daß er vor mehreren Jahren ein Urethroskop zur endourethralen Behandlung angegeben hat, bei dem der Abstand zwischen Optik und Tubusöffnung bedeutend vergrößert ist, so daß die Unannehmlichkeit, bei der Behandlung die Optik abnehmen zu müssen, wegfällt.

8. Soll man beide Harnröhrenabschnitte bei jeder akuten Blennorrhagie behandeln? Von Jules Janet. Da im akuten Stadium des Trippers die Spülungen der hinteren Harnröhre oft nicht gleich gelingen, so kann man durch sie sehr leicht

Digitized by Google

eine Posterior erzeugen und macht außerdem dem Kranken Schmerzen. Deshalb soll man bei reiner Urethritis anterior bloß die vordere Harnröhre spülen. Nur wenn man merkt, daß die Spülflüssigkeit von selbst in die Blase läuft, soll man stets ganze Waschungen machen. Bei alten Blennorrhoikern kann man diese ebenfalls machen, da sie meist leicht gelingen. Wenn beim Weibe bloß die Zervix befallen ist, soll auch bloß diese behandelt werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Juli 1913.

1. Rezidivierender Hodenkrebs, von Paul Delbet. Ein 42jähriger Mann merkte seit vier Monaten eine Anschwellung des linken Hodens; unter der Annahme eines Karzinoms wurde er kastriert. Nach zirka fünf Monaten kam er aber wieder mit einem Rezidiv von seiten des Funikulus, das sich als nußgroßer Knoten in der Leiste manifestierte. Bei der neuerlichen Operation wurde der Samenstrang sowie eine erkrankte Drüse seitlich der Aorta, die von außen nicht zu fühlen war, entfernt. Verfasser weist auf die Berechtigung hin, bei Hodenkarzinom den Hoden, Samenstrang und die Drüsen zu entfernen.

Er beschreibt auch die von ihm etwas modifizierte Operationstechnik.

2. Wie soll die progressive Dilatation der Harnröhrenstrikturen dosiert werden? Von F. P. Guiard. Durch seine langjährige Erfahrung ist der Verfasser von der Methode der forcierten steigenden Dilatation in einer Sitzung abgekommen. Er nimmt mehrere Sitzungen in zwei- bis dreitägigen Abständen vor und steigt jedesmal nur um zwei oder gar nur um eine Nummer. Handelt es sich um eine regelmäßige präventive Behandlung, so beginnt er stets um drei Nummern weniger als am Ende der letzten Sondierung. Durch diese Verteilung der Dilatation sind die Beschwerden der Kranken bedeutend vermindert, und schwere Zufälle werden nicht mehr beobachtet. Nur wenn die Zeit- oder Geldfrage mitspielt, soll die rasche Dilatation angewendet werden.

3. Suburethraler Abszeß bei der Frau, von Burty. Die 31jährige Frau bemerkte seit acht Jahren einen schmerzhaften Knoten an der vorderen Vaginalwand; als sie ihn mit dem Finger untersuchte, entleerte sich Eiter aus der Harnröhre, worauf die Schmerzen verschwanden. Sie praktizierte dann diese Manöver oft, wenn sich der Knoten gebildet hatte. Schließlich suchte sie ärztliche Behandlung auf; doch trotz Spülungen usw. kam das Leiden stets wieder. Nach acht Jahren wurde der Knoten exstirpiert, wobei 2 cm von der Urethra reseziert wurden. Es handelte sich um einen suburethralen Abszeß auf blennorrhoischer Grundlage.

4. Über Vaginalspülungen, von Paul Dalché-Paris. Verfasser wendet sich dagegen, daß zu Vaginalspülungen stets sehr heißes oder kaltes Wasser verordnet wird; er ist mehr für lauwarmes Wasser. Auch sind sehr starke Antiseptika und sehr prolongierte Spülungen unnötig. Natürlich muß stets individualisiert werden. Bei chronischer Salpingitis sind z. B. sehr heiße prolongierte Spülungen von ausgezeichneter Wirkung.

5. Die Grenzen der Zystoskopie, von F. Cathelin. In manchen Fällen können der Zystoskopie von verschiedenen Organen Hindernisse entgegengesetzt werden. Der Meatus urethrae kann zu eng sein und die Meatomie notwendig machen; oder die Harnröhre selbst weist Strikturen auf, die erst dilatiert werden müssen. Auch der Krampf des bulbösen Teiles kann die Einführung des Instrumentes verhindern. Die Prostata wird oft, besonders wenn sie vergrößert ist, leicht lädiert und bedeckt die

Digitized by Google

Optik mit Blut, so daß nichts gesehen wird. Die Blase verhindert die Zystoskopie durch geringe Kapazität oder durch Hämorrhagien. Die Ureterensondierung wird verhindert, wenn die Mündung infolge einer Prostatavergrößerung nicht gesehen wird, wenn sie zu eng ist, wenn sie zu nahe dem Blasenhals liegt oder überhaupt abnormal lokalisiert ist. Ist die Sonde in den Ureter eingeführt, so kann sie stecken bleiben, entweder ist die Knochenrinne zu eng, oder die Sonde zu weich, oder sie bleibt an der natürlichen Krümmung des Ureters am Promontorium hängen, oder der Kranke liegt schlecht. Ist der Harnleiter dilatiert, so kann der Urin neben der Sonde auslaufen und so zu falschen Resultaten führen. Wenn die Sonde eingeführt ist, so kann die Niere gar nicht oder zu stark sezernieren, oder es wird durch ein Blutgerinnsel die Sonde verstopft; diese Momente können auch Täuschungen hervorbringen.

Alle die genannten, der Zystoskopie ungünstigen Umstände können ihr aber nicht ihre große Bedeutung rauben. Es ist nur notwendig, die einzelnen Möglichkeiten zu kennen und dementsprechend das gewonnene Resultat diskutieren.

6. Indikationen und Kontraindikationen der Nierenoperationen, von F. Legueu-Paris. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

7. Pyonephrose, Schwangerschaft, Scharlach, von Flouquet. Die 34jährige Frau bekam vor fünf Jahren Urinbeschwerden, und es entwickelte sich eine linksseitige Pyonephrose mit schwerem Allgemeinzustand. Da sich Schwellung in der Lumbalgegend einstellte, wurde inzidiert, und es entleerte sich eine große Menge Eiter. Die Kranke genas, behielt aber eine Fistel. Nach drei Jahren wurde sie gravid und wurde mittels Zange entbunden. Drei Tage nachher wurde sie von einem schweren Scharlach befallen. Trotz der schweren Affektion der Niere hat sie die Gravidität und die Skarlatina gut überstanden.

8. Indikationen der inneren Behandlung der blennorrhoischen urethro-vesikalen Affektionen, besonders mit Allosan, von Luis del Portillo. Die interne Trippertherapie kann nicht völlig entbehrt werden. Gute Dienste leistet bei ihr Allosan, das dieselben günstigen Wirkungen wie Santalol ausübt, ohne aber die schädlichen Nebenwirkungen der Balsamika zu besitzen. Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Studien über den Krebs und ähnliche Fragen: Pathologie. Band 2. (New York, Columbia University Press, 1912.) Die durch die Mittel des „George Crocker Special Research Fund" ermöglichten und an der Columbia-Universität vorgenommenen Arbeiten sind in einem großen, gut ausgestatteten Band zusammengefaßt, der eine Reihe sehr interessanter histologischer Reproduktionen im Anschluß an die Arbeiten enthält. Die Arbeiten selbst sind folgende: 1. Vermehrter Widerstand gegen Krebswachstum bei Ratten nach Injektion autolysierten Rattengewebes, von Isaac Levin. 2. Krebs der Gebärmutter: Ätiologische Studien auf Grund klinischer Statistiken, von Isaac Levin. 3. Immunität gegen Krebswachstum bei Ratten nach Behandlung mit Mäusegewebe, von Isaac Levin. 4. Studien über die Ätiologie des Krebses auf Grund klinischer Statistiken, von Isaac Levin. 5. Beobachtungen über Krebsimmunität bei weißen Ratten, von Isaac Levin. 6. Krebs unter den amerikanischen Indianern und seine Bedeutung für die ethnologische Verbreitung der Erkrankung, von Isaac Levin. 7. Heredität beim Krebs der weißen Ratte, von Isaac Levin und M. J. Sittenfield. 8. Immunitätsstudien beim Krebs der weißen Ratte: die Bedeutung der Athrepsie, von

Digitized by Google

Isaac Levin und M. J. Sittenfield. 9. Metastasen nach intravaskulärer Injektion von Tumoremulsion, von Isaac Levin und M. J. Sittenfield. 10. Die Beziehungen der reaktiven Gewebsneubildung zur Übertragbarkeit des Krebses bei weißen Mäusen, von Isaac Levin. 11. Studien zur Krebsimmunität der weißen Ratte: die Bedeutung der „spezifischen Gewebsreaktion", von Isaac Levin. 12. Über die Art und Weise der Metastasenbildung bei malignen Tumoren: experimentelle Studien, von Isaac Levin und M. J. Sittenfield. 13. Der Wert der „Hormonentheorie" für die Verursachung von Neubildungen, von Isaac Levin und M. J. Sittenfield. 14. Der Einfluß der Heredität beim Krebs, von Isaac Levin. 15. Zur Parabiose von Ratten und Mäusen, von Robert A. Lambert. 16. Der Einfluß der Parabiose von Mäusen und Ratten auf das Wachstum übertragbaren Mäusesarkoms bei Ratten, von Robert A. Lambert. 17. Wachstum des übertragbaren Ratten- und Mäusesarkoms in vitro, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 18. Kultur des Rattensarkoms in vitro, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 19. Amöboide Bewegung und Wanderung von Sarkomzellen in vitro und deren Bedeutung für das Problem der Ausbreitung maligner Erkrankungen im Körper, von Robert A. Lambert und Frederic Hanes. 20. Vergleiche zwischen dem Wachstum von Sarkom und Karzinom in vitro, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 21. Phagozytischer Einschluß von Karminpartikelchen in Sarkomzellen in vitro mit nachfolgender Färbung der Zellgranula, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 22. Charakteristika des Wachstums von Sarkom und Karzinom in vitro, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 23. Studien über Krebsimmunität mittels Gewebskulturen außerhalb des Körpers, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 24. Gewebskulturen in Plasma, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 25. Gewebskulturen in vitro als Methode zum Studium der Zytotoxine, von Robert A. Lambert und Frederic M. Hanes. 26. Experimentelle Studien über die Ursache von Neubildungen in der Mamma, von Robert T. Frank und A. Unger. 27. Die Funktion des Ovariums, von Robert T. Frank. W. Lehmann-Stettin.

Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle, von Wilhelm Wechselmann. (Urban u. Schwarzenberg, Wien 1913.) Bei den Todesfällen nach Salvarsanbehandlung läßt sich kein einheitlicher pathologischer Befund erheben. Nur die Encephalitis haemorrhagica wird auffallend häufig angetroffen. Hierdurch ist die irrige Vorstellung von der Neurotropie des Salvarsans entstanden. Bei genauer mikroskopischer Untersuchung erscheint aber die Nervensubstanz bei Encephalitis haemorrhagica intakt. Die Hyperämie und die Blutungen sind durch Gefäßschädigungen bedingt und finden sich auch in anderen Organen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Ursache der tödlichen Wirkung im Organismus des Patienten und nicht im Mittel zu suchen ist. Das Bild der Salvarsantodesfälle entspricht nicht dem einer akuten Arsenvergiftung, vielmehr ist es der Urämie außerordentlich ähnlich. Es ist nicht die Überempfindlichkeit des Gehirns der Kernpunkt der ganzen Frage der Salvarsantodesfälle, sondern die Insuffizienz der Niere. Die Hauptmenge intravenös eingeführten Salvarsans wird von einer normalen Niere schon nach 5—6 Stunden ausgeschieden. Im Blute läßt sich schon 2—3 Stunden nach der Infusion fast kein As mehr nachweisen. Bei geschädigter Nierenfunktion dagegen findet eine Retention des Salvarsans im Blute statt. Vielleicht kommt es dabei zur Bildung von giftigem Arsenoxyd. Häufig ist eine Nierengefäßschädigung durch vorhergegangene Quecksilberdarreichung bedingt. Fast alle Salvarsantodesfälle kräftiger Menschen zeigen die verhängnisvolle Kombination von energischer Quecksilberbehandlung und nachfolgender Salvarsanzufuhr. Es ist ausgeschlossen, durch Niereninsuffizienz die Pathogenese aller Salvarsantodesfälle zu erklären.

Digitized by Google

Die Salvarsanausscheidung kann auch durch extrarenale Einflüsse verzögert werden, wie Aorteninsuffizienz, Koronarsklerose, Myokarditis, Hypoplasie des Herzens, Funktionsstörungen nach Infektionskrankheiten. Eine gewisse Gefahr scheint auch die latente Meningealtuberkulose zu bieten.

Das Salvarsan ist in den gebräuchlichen Dosen für einen normalen Organismus ungiftig. Es ist zu hoffen, daß sich Todesfälle in Zukunft fast ausnahmslos vermeiden lassen werden.

Als Kautelen für die Salvarsantherapie sind zu fordern: 1. Genaueste Technik. 2. Vorsichtige Dosierung. 3. Beachtung der Diurese, Urinkontrolle. 4. Vermeidung von Quecksilberdarreichung vor Salvarsanzufuhr. 5. Berücksichtigung der allgemeinen Reaktion nach der Infusion.

Das Werk enthält am Schlusse eine Zusammenstellung der bis 1912 publizierten Salvarsantodesfälle mit klinischen und pathologisch-anatomischen Notizen.

Valentiner-Leipzig.

Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen, von Bruno Bloch-Basel. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Gebiete d. Derm, d. Syph. u. d. Krankh. d. Urogenitalapp. [Jadassohn], Bd. 2, Heft 4/5. Marhold, Halle a. S.) Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung, die besonders die Verdienste Sabourauds und seiner Schule um die Epidemiologie der Dermatomykosen und ferner eine Einteilung des umfangreichen Gebietes gibt, behandelt der Verfasser im ersten Teil die Symptomatik und Klinik der Dermatomykosen. Er bringt hier als Resultat aus dem Studium fremder Arbeiten und persönlicher Erfahrung die Grundzüge und allgemeinen Richtlinien, welche für Symptomatik und Klinik der Favusgruppe, der Trichophytie-, der Mikrosporiegruppe, der Sporotrichose in Frage kommen in übersichtlicher, klarer und kurzer Form.

Der zweite Abschnitt stellt den Versuch einer pathologischen Physiologie (Biologie) der Dermatomykosen dar, soweit sich heute eine solche durchführen läßt. Dieser mit äußerst erfreulicher Übersichtlichkeit, mit Scharfsinn und Sachkenntnis bearbeitete Abschnitt, dessen Studium im Original eindringlich empfohlen werden kann, führt unter Berücksichtigung vieler eigener experimenteller und klinischer Betrachtungen den Verfasser zu dem Schluß, daß gegen die körperfeindlichen Eigenschaften der pathogenen Hyphomyzeten der Organismus den ganzen Apparat seiner allergischen und immunisatorischen Mechanismen in für die mykotischen Dermatiden spezifischer Weise mobil macht.

Oscar Gans-Hamburg.

Die chronischen Erkrankungen der hinteren Harnröhre, von Erich Wossidlo-Berlin. Mit 82 meist farbigen Abbildungen auf 19 Tafeln. (Werner Klinkhardt, Leipzig, 1913.) In diesem für die Bedürfnisse des Praktikers zugeschnittenen Werke hat der Verfasser in kurzer, übersichtlicher Form alles zusammengestellt, was für die Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Urethritis posterior chronica, der Urethritis posterior granulosa et papillomatosa, der Urethritis posterior tuberculosa, der Erkrankungen des Colliculus, der Prostatitis chronica und Prostatahypertrophie in Frage kommt. Der besondere Wert des Buches scheint mir daneben aber in der ausführlich geschilderten Technik der Endoskopie und endoskopischer intraurethraler Eingriffe in die Urethra posterior, der Untersuchung mit Kopfsonde und Urethrometer zu liegen. Eine Reihe zum Teil sehr guter Abbildungen erhöht den didaktischen Wert der Arbeit. Daher vermag ein kurzer kursorischer Abschnitt der normalen Anatomie sowie ein Schlußkapitel über Impotenz den sonst durchaus guten Eindruck des praktischen Werkes nicht zu verwischen.

Oscar Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Indikanurie und Phosphate, von JOHN C. WARBRICK-Chicago. (Med. Record, 15. Februar 1913.) Eine Reihe genauer Urinuntersuchungen ergaben: In neun Fällen, in denen die Phosphate nicht besonders ausgesprochen waren, war ziemlich viel Indikan nachweisbar, während das Umgekehrte in fünf anderen Fällen gefunden wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Weiterer Beitrag zur Wirkung der Milchsäurebazillen auf den Zuckergehalt des Urins beim Diabetes, von PHILIP HOROWITZ-New York. (Med. Record, 25. Januar 1913.) Verfasser, der schon früher drei Fälle von Diabetes mitgeteilt hat, in denen eine auffällige Besserung nach interner Verabreichung wässeriger Lösungen von Milchsäurebazillen eingetreten war, berichtet ausführlich elf weitere Fälle, aus denen er folgende Schlüsse zieht: In der Mehrzahl der Fälle steht die Indikanausscheidung in naher Beziehung zur Zuckerausscheidung, und beide sind die Folgen einer Autointoxikation, die sich durch die Milchsäurebazillen beseitigen läßt. Die Milchsäurebazillen ändern die Reaktion des Darmkanales von alkalisch zu sauer und zerstören fäulniserregende Elemente. Die Gegenwart der Milchsäurebazillen hält die Verdauung der Kohlenhydrate auf und bewirkt dadurch, daß innerhalb bestimmter Zeit bedeutend geringere Mengen von Zucker gebildet und resorbiert werden.

W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Lehre von der orthostatischen Albuminurie, von V. GOMOLITSKY-Petersburg. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 77, 1913.) Verfasser berichtet über das Vorkommen orthostatischer Albuminurie infolge traumatischer Einwirkungen bei Nephroptose. Die Traumatisation bestand in Palpation, in Kompression, in Vibration der Niere, in Sukkussion des Körpers, in Auf- und Abgehen mit und ohne Bandage, in Abkühlung und schließlich in Faradisation und Galvanisation der Nierengegend. Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß von den verschiedenen ausgeübten Reizen nur die Nierenpalpation, die vertikale Körperstellung und das Gehen ohne Bandage eine Albuminurie hervorriefen.

In 27 von 35 Fällen ließ sich nach sogar 20maliger Palpation kein Eiweiß im Urin nachweisen, und Verfasser erkennt die Behauptung von SHEBROWSKY, daß die palpatorische Albuminurie eine beständige Erscheinung und daher ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose der Bauchtumoren sei, nicht an.

Aus einer Reihe anderer Versuche schließt Verfasser, daß traumatische Schädigungen und die Lendenlordose als ursächliches Moment der orthostatischen Albuminurie keine Rolle spielen.

Franzius-Dresden.

Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis, von W. ARNOLD-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) Im Verfolg der Beobachtungen von LÜDKE und STURM, welche die orthotische Albuminurie als eine sehr häufige Begleiterscheinung der Lungentuberkulose in deren Anfangsstadien angetroffen haben, hat Verfasser an der ZIELERschen Klinik eine Serie von Lupuskranken (33) sowie von einigen anderen Patienten mit Hauttuberkulose (11), ferner acht Psoriasiskranke, 33 Syphilitiker und zur Kontrolle noch 37 anderweitig affizierte Patienten auf dieses Symptom hin untersucht. Zugleich wurde die Bedeutung der Tuberkulindarreichung und der Verwendung von Salvarsan und Quecksilberpräparaten geprüft. Die Proben wurden in der Weise ausgeführt, daß der Urin zuerst unmittelbar nach der Bettruhe und dann nach einem unter Aufsicht ausgeführten einstündigen Stehen mit mehreren Reaktionen

Digitized by Google

auf Eiweiß geprüft wurde. Es ergab sich dabei, daß die orthostatische Albuminurie nicht etwa eine spezifische Erscheinung der Pubertät ist. Andererseits konnte das Symptom nicht als ein Charakteristikum der Hauttuberkulose (bei fehlender allgemeiner tuberkulöser Erkrankung), der Psoriasis oder irgend einer anderen Dermatose nachgewiesen werden. Bei frischer, noch unbehandelter Syphilis dagegen tritt das Phänomen wohl ebenso häufig hervor wie bei den Anfangsstadien der Lungentuberkulose. Unter 17 einschlägigen Fällen fand Verfasser sie zwölfmal, also bei zirka 70%. Bemerkenswert ist, daß sie in der Regel schnell nach Einleitung der Therapie, namentlich bei Verwendung von Salvarsan, wieder verschwand. Im ganzen ergibt sich aus dieser Arbeit, daß die orthostatische Albuminurie nicht ein spezifisches Merkmal etwa der Tuberkulose bildet, daß sie vielmehr nur ein Zeichen irgend einer chronischen Infektion resp. Intoxikation ist. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Chylurie, von Lafforgue. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 9.) Der Fall betraf einen 38jährigen Mann, der die Krankheit in den Tropen akquiriert hatte. Bemerkenswert an demselben war das regelmäßige Auftreten derselben nach Einnahme von fetten Nahrungsmitteln; Parasiten wurden weder im Blute noch im Urin gefunden.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von klinostatischer Chyluria nostras, von R. Cestan und Pujol. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 40.) Die Chylurie bei dem hier mitgeteilten Fall stammte ausschließlich aus der rechten Niere, wie durch Ureterenkatheterismus nachgewiesen werden konnte. Außerdem war sie nur bei horizontaler Lage der Kranken vorhanden was auf eine Fistel schließen läßt, welche die Lymphbahnen des Bauches mit der Niere verbindet. Diese Fistel ist wahrscheinlich durch eine vereiterte Abdominaldrüse hervorgerufen, welche an der Niere adhärent war und in dieselbe durchbrach.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Apparat zur Injektion und Spülung der Nierenbecken und der Ureteren, von G. I. Thomas-Rochester, Minn. (Journ. amer. med. assoc., 18. Januar 1913.) Bei Gebrauch einer Spritze oder einer anderen Einrichtung, mit der unter Druck Flüssigkeit in die Nierenbecken gebracht wird, besteht stets die Gefahr der Überdehnung und hieraus entstehender Kolik. Einige Male ist es sogar zur Ruptur hydronephrotischer Nieren gekommen. Um bei den zur Pyelographie häufig notwendig werdenden Füllungen der Nierenbecken und Ureteren mit Argentum colloidale jeden schädlichen Druck zu vermeiden, hat Thomas einen irrigatorähnlichen Apparat konstruiert, bei dessen Gebrauch bei mehr als 50 Injektionen nur einmal aus einem ganz besonderen Grunde Kolik auftrat. Meist wurde keine bestimmte Menge der Kolloidsilberlösung angewandt, da deren Überschuß, ohne besonderen Druck auszulösen, neben dem Ureterenkatheter wieder abfließt. Diese Methode eignet sich auch zur langsamen und langdauernden Waschung der Nierenbecken. Fendt-Wiesbaden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Venerische Erkrankungen beim Neger, mit besonderer Betonung des Trippers, von John O. Rush-Mobile, Ala. (Med. Record, 31. Mai 1913). Verf. zeigt an zahlreichen Beispielen aus seiner Erfahrung, daß die venerischen Erkrankungen beim Neger nicht nur ganz besonders verbreitet sind, sondern daß der Neger im allgemeinen auch außerordentlich indolent dagegen zu sein pflegt und in den seltensten Fällen ärztliche Hilfe aufsucht, wenn nicht Komplikationen ihn dazu zwingen. Er ist infolgedessen ein außerordentlicher Faktor in der Verbreitung der geschlechtlichen Erkrankungen. Verf. schließt: „Bevor ihm der mathematische Wert der Parabel beigebracht wird, die Entfernung der Erde vom Mars usw., sollte ihm zuerst gelehrt werden, wie er leben muß

Digitized by Google

— nicht wie irgend eine religiöse Sekte sich das Leben vorstellt, sondern von hygienischen Gesichtspunkten aus. Man entferne die zahlreichen Sektenprediger und gebe ihm Lehrer in sexueller Psychologie und Hygiene vom 12. Lebensjahr ab bis zur Vollendung der Erziehung. Es ist ein Unglück, daß so manche weichherzigen Philanthropen, die große Vermögen für die Erziehung des Negers hinterlassen, nicht genaue Bestimmungen treffen, daß wenigstens die Hälfte der Summe zu solchen Kursen zu verwenden ist. Diese wichtigen Fächer sollten aber nicht nur dem Neger gelehrt werden, sondern überhaupt in allen Erziehungsanstalten: . . . Gesetzlich sollten alle Personen, die venerisch erkrankt sind, in Hospitälern behandelt werden, bis sie nicht mehr infektiös sind, und gesetzlich sollten Heiratskandidaten Gesundheitszeugnisse beizubringen gezwungen sein, bevor der Priester oder Standesbeamte die Heirat vollziehen darf."

W. Lehmann-Stettin.

Über die optisch korrekte Ablesung von Farbänderungen bei Röntgenstrahlendosimetern, von G. Bucky. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 3, Heft 1.) Um den vielen Mißständen bei der Ablesung der Sabouraud-Pastille zu begegnen, hat Verf. einen eigenen Apparat konstruiert, dessen Einrichtung des Näheren erläutert wird und aus den beigefügten Abbildungen ersichtlich ist.

Die Vorrichtung ermöglicht: 1. optisch exaktes Ablesen bei konstanter Lichtquelle und Ausschaltung der sonstigen optischen Fehlerquellen. 2. Erleichtertes Ablesen durch Überführung des Farbvergleichs in Helligkeitsvergleich („Grau"). 3. Ablesung während der Bestrahlung ohne Entfernung der Pastille von der Röhre (die Vorrichtung befindet sich in einem Kästchen, das an der Röhrenwand angebracht ist). 4. Ablesung von Zwischendosen mit einer Genauigkeit von 1—2 X. 5. Vermeidung des Zurückgehens der Teinte, da das Testplättchen während der Bestrahlung und während der Ablesung vor Tageslicht völlig geschützt ist. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noiréschen Tabletten, von A. Gunsett-Straßburg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 18.) Verf. hebt den Umstand hervor, daß diese Tabletten je nach der Art des Tageslichtes (bei bedecktem oder blauem Himmel) recht verschiedene Resultate ergeben, und macht darauf aufmerksam, daß von Nogier-Lyon eine sehr zweckmäßige Vorrichtung in Kastenform für die gleichmäßige Belichtung und das Ablesen der Tabletten unter Ausschaltung der störenden Strahlen konstruiert worden ist. Ähnliche Instrumente sind auch von Bucky und von Meyer-Kiel angegeben worden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris. Aus den vom 12.—31. Oktober im Hôpital de la Charité, rue Jacob, Amphithéâtre Potain, stattfindenden Kursen über alle Gebiete der praktischen Medizin sind hervorzuheben: Thibierge, Les méthodes récentes de traitement de l'eczéma; **Traitement des prurits;** Broca, La syphilis héréditaire des os et des articulations; Michon, **Traitement endovésical des tumeurs de la vessie;** Béclère, La place de la radiologie dans l'enseignement médical; Hudelo, Traitement arsénical de la syphilis; Queyrat, L'immunité dans la syphilis, autoinoculation du chancre syphilitique; Peut-on guérir la syphilis d'une manière définitive? Etude clinique et microbiologique des balanoposthites.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Oktober 1913 | Nr. 41 | Band 57

Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum.

Von

Marine-Oberstabsarzt W. Gennerich, Kiel.

(Mit 12 Abbildungen.)

Infolge der Seltenheit ihres Vorkommens nehmen das Ulcus molle serpiginosum und das Granuloma venereum unter den venerischen Erkrankungen eine gewisse Sonderstellung ein.

Die Zuzählung beider Affektionen zu den Geschlechtskrankheiten hat ihre Berechtigung, obgleich bei dem ungemein chronischen Verlauf der beiden Krankheitsvorgänge manchmal ihr Zusammenhang mit einer venerischen Infektion für den späteren Therapeuten nicht leicht mehr nachzuweisen ist. Am häufigsten scheint dies beim Granulom der Fall zu sein. Dieses kann zwar, wie Manson angibt, auch von den Genitalien selbst seinen Ausgang nehmen analog dem Ulcus molle serpiginosum, in denjenigen Fällen jedoch, wo das Leiden in der Inguinalgegend beginnt, müssen wir offenbar mit der Tatsache rechnen, daß das Virus in die regionären Lymphdrüsen gelangt und von diesen aus die Haut infiziert, ohne an der Invasionsstelle an den Genitalien eine nachweisbare Lokalentwicklung genommen zu haben.

Die venerische Natur beider Erkrankungen findet aber wohl in der stets typischen Lokalisation in der Genital- und Inguinalgegend ein hinreichendes Argument.

Das seltene Vorkommen des Ulcus molle serpiginosum ersieht man auch aus der Standardarbeit über Ulcus molle von Tomasczewski. Die Spärlichkeit der Krankheitsfälle und ihre Ähnlichkeit mit tubero-ulzeroserpiginöser Syphilis hat wohl auch die irrtümliche Ansicht mancher Autoren aufkommen lassen, daß es ein serpiginöses Ulcus molle nicht gebe. Durch die histologischen Arbeiten von Unna, Reichel, Fiocco und Róna, welche sechs derartige Fälle histologisch untersuchten, ist das histologische Verhalten der Veränderung und ihre Ätiologie wohl zur Genüge geklärt. In fünf Fällen fanden sich gramnegative, in Ketten angeordnete Stäbchen, welche auf gewöhnlichen Nährboden nicht wuchsen, in einem Falle Unnas in den oberflächlichsten Schichten noch gram-

Digitized by Google

positive, streptokokkenähnliche Diplokokken. Reichel und Róna fanden zudem im Geschwürssekret ihrer Fälle typische Streptobazillen, und auch die Inokulation, die übrigens nicht serpiginös wurde, fiel klinisch und mikroskopisch positiv aus.[1])

Wir hatten kürzlich Gelegenheit, drei einschlägige Fälle zu beobachten, von denen zwei durch ihre Ausdehnung von Interesse sind, während der dritte sich im Anfangsstadium befand und den Entstehungsweg der Veränderung gut verfolgen ließ.

Fig. 1 und 2. Fall I vor der Behandlung.

Fall I: Infektion 1906 in Kiel mit Ulcus molle. Ein vom Kranken vernachlässigter, bzw. selbstbehandelter, linksseitiger Bubo brach von selbst durch. An der Durchbruchstelle entwickelte sich ein Geschwür, das allmählich immer weiter um sich griff. In jahrelangem Verlauf gelangte es von der linken Leistenbeuge zur linken Hüftgegend, nach hinten zur Gesäßfalte und nahezu zirkulär bis zum unteren Drittel des linken Oberschenkels. Der Geschwürsvorgang schob sich ständig gegen die gesunde Haut weiter vor. An den sich berührenden Hautstellen, wie z. B. in der Gesäßfalte,

[1]) Wiedergabe aus Finger-Jadassohn: Ulcus molle von E. Tomasczewski.

Digitized by Google

bildeten sich Abklatschgeschwüre. Der Geschwürsrand besaß eine durchschnittliche Breite von 5—10 cm. Die befallenen Krankheitsbezirke gelangten proximal spontan zur Abheilung, nachdem der Zerstörungsprozeß darüber hinweggegangen war und sich distalwärts weiter auf den linken Oberschenkel ausgebreitet hatte. Nach sechsjährigem Verlauf gelangte der Fall in unsere Behandlung. Der Befund war folgender: In der linken Leistengegend beginnend, fand sich eine enorme, sehr feste, unebene, weiße, zum Teil auch unregelmäßig pigmentierte Narbe, welche sich mit einem Ausläufer zur

Fig. 3 und 4. Fall I kurz vor Abschluß der Behandlung.

linken Hüftgegend, im übrigen aber fast über die ganze Zirkumferenz der oberen Hälfte des linken Oberschenkels erstreckte. Der distale Rand der Narbe ging in einem Geschwürsprozeß über, der in unregelmäßiger Form und Breite auf Vorder- und Hinterfläche des linken Oberschenkels große Granulationsflächen mit charakteristischen Geschwürsrändern erzeugte. Die peripheren Ränder waren weit unterminiert, geschrumpft, ausgenagt und in ständig fortschreitendem Zerfall begriffen. Der Kranke behauptete, an ihnen ständig fressende Schmerzen zu haben, so daß er kaum schlafen könnte.

Irrtümlicherweise wurde auch von uns zunächst die Diagnose tubero-ulzero-serpiginöse Syphilis gestellt. Das Versagen des Salvarsans und der dauernd negative

Digitized by Google

Wassermann lenkte uns dann auf die Diagnose Ulcus molle, auf welche die Vorgeschichte des Leidens, nämlich seine Entstehung aus einem zerfallenen Bubo ebenfalls hinwies.

Eine Autoinokulation wurde auf Wunsch des Kranken unterlassen. Der Eiterausstrich vom Geschwürsrand enthielt neben einer großen Anzahl von banalen Erregern auch gramnegative Stäbchen. Kulturversuche konnten wegen äußerer Behinderung nicht ausgeführt werden. Im Schnitt befanden sich einwandfrei Streptobazillen.

Die spezifische Ulcus molle-Therapie — Karbolsäure und Jodoform — setzte Anfang Februar 1913 ein und brachte das Leiden nach fünfmonatiger Behandlung zur definitiven Ausheilung. Es sind jetzt bereits eine Anzahl von Wochen verstrichen, ohne daß es zu einem Rückfall gekommen wäre.

Zusammenfassend wäre über den Fall zu berichten: Ein vor sieben Jahren entstandener und seinerzeit vernachlässigter und daher auch wohl bazillenhaltiger Bubo infizierte die Haut der Leistengegend und gab dadurch Veranlassung zu der Entwicklung des ständig fortschreitenden Geschwürsprozesses. Schließlich zur ärztlichen Behandluug gelangt, wurde dieser irrtümlich zunächst als Lues angesprochen, später aber nach Feststellung der Krankheitsgrundlage durch die übliche Ulcus molle-Therapie definitiv ausgeheilt.

Fall II: Infektion November 1910 mit weichem Schanker in Beirut. Fünf andere Matrosen, welche mit demselben Mädchen verkehrten, blieben gesund. Während das Geschwür unter Jodoform abheilte, trat ein rechtsseitiger Bubo auf. Dieser wurde nach Erweichung inzidiert. Die Ränder wurden schankrös. Es bildeten sich neben ihnen immer wieder neue Stellen in der Haut, die sich entzündeten und schließlich exkoriierten. Der Geschwürsvorgang ergriff schließlich die ganze Leistengegend, die Vorderfläche des rechten Oberschenkels und erstreckte sich zum Schamhügel und Hodensack, hier und an der Innenfläche des Oberschenkels zahlreiche Abklatschgeschwüre erzeugend.

Wie im vorstehenden Falle schritt der Prozeß unter zentraler Abheilung peripherwärts fort, bildete stark zerklüftete Geschwüre mit wallartig erhabenen und unterminierten Rändern. Die Geschwürsfläche war jedoch nicht so zusammenhängend wie im Fall I, wo nur in der Gesäßfalte und teilweise auch noch auf der Innenfläche des linken Oberschenkels umschriebene rundliche Geschwüre vorhanden waren.

Am medialen Leistenbandansatz bildete sich eine tiefe Fistel. Verschiedene Behandlung, unter der Jodtinktur, Pyrogallolsalbe, Exzisionen, Scharlachrotsalbe und Salvarsanbehandlung zu erwähnen sind, brachten im Lazarett Wilhelmshaven keinen Erfolg. Am besten verhielten sich die Geschwürsflächen bemerkenswerterweise unter Jodoformbehandlung, wonach sie bei Kulturversuchen steril befunden wurden.

Kulturversuche mit Blutagar ergaben im Lazarett Wilhelmshaven einen grampositiven Diplokokkus, der von Martini in der Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44 näher beschrieben worden ist.

Nach zirka zweijährigem Krankheitsverlauf gelangte der Fall in unsere Behandlung.

Bei der Aufnahme am 26. XI. 1912 fand sich eine Ausdehnung des Krankheitsprozesses von der Leistengegend bis zur Mitte der Vorderfläche des rechten Oberschenkels. Oberhalb des Leistenbandes war ein nahezu fortlaufender Geschwürsrand vorhanden. Über dem Os pubis ging eine mehrere Zentimeter breite Fistel in die

Digitized by Google

Tiefe. Am Hodensack und an der Innenfläche des rechten Oberschenkels fanden sich mehrere Abklatschgeschwüre. Unterhalb des Leistenbandes war die Haut in eine derbe, unregelmäßig erhabene, rote, glänzende und zum Teil mit sehr zarter Oberhaut versehene Narbe verwandelt. Sie war seitlich wie nach unten umgeben mit erbsen- bis reichlich fünfmarkstückgroßen, zum Teil zusammenstoßenden Geschwüren. Die frischeren Geschwüre besaßen einen sehr morschen, leicht blutenden und bei Anwendung von Karbolsäure leicht zerfetzenden Grund, während ältere Geschwüre reichliche Granulationsbildung aufwiesen. Die wallartig erhabenen, zum Teil weit unterminierten Ränder bildeten auch in diesem Falle die Grenze zur gesunden Haut hin.

Die mikroskopische Untersuchung (ANTONI) ergab im Abstrichpräparat von dem gereinigten Geschwürsrande einige zarte, mit poly-

Fig. 5. Fall II vor der Behandlung.

Fig. 6. Fall II nach der Behandlung.

chromem Methylenblau zart bläulich gefärbte Stäbchen, die in Gruppen von drei bis vier zusammenlagen. Daneben fanden sich Diplokokken. Bei den häufigen Untersuchungen, zu derem Zwecke ein größerer Herd lange Zeit von der spezifischen Lokalbehandlung (Acid. carbolic.) ausgeschaltet wurde, zeigten die Stäbchen verschiedene Formen, daneben auch die von TOMASCZEWSKI beschriebenen Schiffchen- und Hantelformen. Die Stäbchen lagen aber meist vereinzelt, zuweilen auch zwei von ihnen in der Längsrichtung zusammenstoßend. Sie waren stets gramnegativ. Eine Autoinokulation auf der Bauchhaut ergab ein banales Geschwür, das in wenigen Tagen von selbst heilte. Streptobazillen ließen sich in ihm nicht nachweisen. Das auch zum Abimpfen auf Blutagarkultur benutzte Randgeschwür wurde regelmäßig nach TOMASCZEWSKIS Vorschrift mit Jodtinkturkollodium vorbehandelt.

Digitized by Google

In einem Röhrchen entwickelten sich leicht buckelige, blasige Auftreibungen, welche vier- bis fünfgliedrige Ketten gramnegativer Stäbchen enthielten. Bei der Weiterimpfung der Kultur erhielt man Kokken, Pyozyaneus, Pseudodiphtherie und noch vereinzelte Stäbchen, die gramnegativ waren. Der von MARTINI beschriebene Kapseldiplokokkus wurde in den nach TOMASCZEWSKI vorbehandelten Geschwüren nicht gefunden. Im Schnitt fanden sich Streptobazillen.

Der Fall gelangte innerhalb von drei Monaten durch Karbolsäureätzung und Jodoformbehandlung zur völligen Abheilung. Letztere verzögerte sich etwas, weil eine vorübergehende, leichte Phenolintoxikation die Intensität der Behandlung für einige Zeit hemmte.

Zusammenfassend läßt sich über den Fall berichten: Bei einem im Dezember 1910 in Beirut an Ulcus molle erkrankten Matrosen tritt sechs Wochen später ein rechtsseitiger Bubo auf, der bei anfänglich nur chirurgischer Behandlung schankröse Ränder bekam. Von diesen aus griff der Geschwürsprozeß weiter um sich auf Leistengegend, Schamgegend, Hodensack und Vorderfläche des Oberschenkels. Während sich im Zentrum der Affektion eine dichte, unebene, mit zarter Oberhaut versehene Narbe bildete, wurde die Peripherie von zahlreichen großen Geschwüren eingenommen, die alle Merkmale eines Ulcus molle trugen, weit unterminierte, zerklüftete Ränder, anfangs schmutzig verfärbten, später granulierenden Geschwürsgrund und Abheilung unter Karbolsäure- und Jodoformbehandlung. Der bakteriologische Befund sprach für Streptobazillen. Dieselben fanden sich auch im Schnitt.

Fig. 7. Fall III während der Behandlung.

Fall III. Infektion Ende Mai 1912 in Kiel. Einige Tage nach dem Verkehr drei wunde Stellen am Glied. Acht Wochen später schankröses, hartes Geschwür am Glied, rechtsseitiger Bubo und makulöses Exanthem am Stamm. Im Ulcus Spirochaetae pallidae und Streptobazillen. Es lag, nebenbei erwähnt, eine Reinfectio syphilitica reichlich ein Jahr nach der ersten spätprimär behandelten Syphilis vor. Der Bubo kam noch sehr spät ($3^1/_2$ Monate nach der Infektion und sieben Wochen nach der Lazarett-

Digitized by Google

aufnahme) zur Erweichung und Inzision. Bei dieser erwies sich die Affektion mehr als umschriebene Hautphlegmone, kaum noch als Lymphdrüsenabszeß.

Bis dahin hatte nur in den letzten Tagen eine Lokalbehandlung des Bubos (Bettruhe und Alkoholumschläge) stattgefunden. Die Inzisionsränder wurden in wenigen Tagen schankrös. Es bilden sich ferner an mehreren Stellen, zum Teil mehrere Zentimeter von der Inzision entfernt rundliche oder ovale Infiltrate in der Haut, die erweichten, geschwürig zerfielen und ohne intensive Lokalbehandlung ständig weiter um sich griffen. Die verschiedenen Geschwüre hatten das Aussehen eines typischen Ulcus molle, sie waren in der dickeren Haut der Leistengegend nur tiefer, als sie für gewöhnlich am Glied beobachtet werden, und hatten zumeist auch in größerer Ausdehnung unterminierte Ränder entsprechend den Geschwüren in den Fällen I und II.

Eine bakteriologische und histologische Untersuchung wurde in diesem Falle nicht vorgenommen, weil die Veränderung einen so typischen Charakter eines Ulcus molle darbot.

Sie gelangte innerhalb von zwei Monaten unter Karbolätzung und Jodoformverband zum Stillstand.

Das Ergebnis der histologischen Untersuchung ist folgendes:

Fall I: Zur histologischen Untersuchung wurde ein frisch entstandenes Geschwür in toto exstirpiert. Sein klinisches Aussehen entsprach

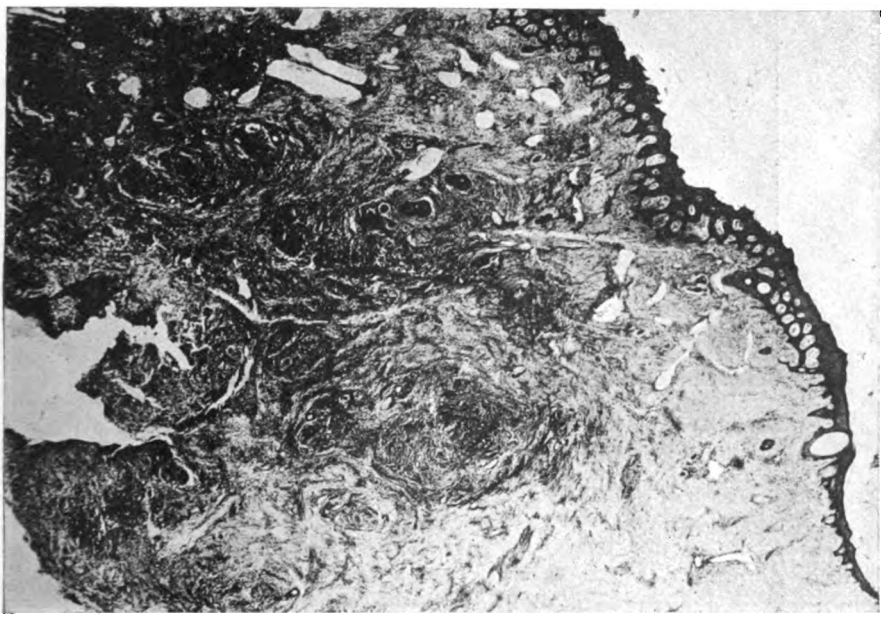


Fig. 8. Zu Fall I: Überhängender Geschwürsrand. Auf der rechten Seite fast normales Kutisgewebe mit vereinzelten perivaskulären Infiltraten. Nach links und unten allmähliche Zunahme der Infiltration. Unten Nekrose.

bereits ganz dem eines Ulcus molle. Dementsprechend verhielt sich auch der mikroskopische Befund:

Die Grundlage des Prozesses bildet ein mehr oder weniger diffuses Infiltrat der ganzen Kutis.

Digitized by Google

1. Randpartie: Die Infiltration ist zunächst noch herdförmig in der Randpartie der Veränderung und hauptsächlich in der Umgebung der Gefäße zu finden. Die cholagene Substanz ist hier zum Teil noch gut erhalten, zum Teil gequollen. Die Papillen zeigen starkes Ödem, während das in der ganzen Randpartie erhaltene Epithel eine mäßige Akanthosis aufweist. Streptobazillen finden sich äußerst spärlich einmal im äußersten Rande der Infiltration und ferner an einer Stelle am Epithelrand und in seiner Nähe.

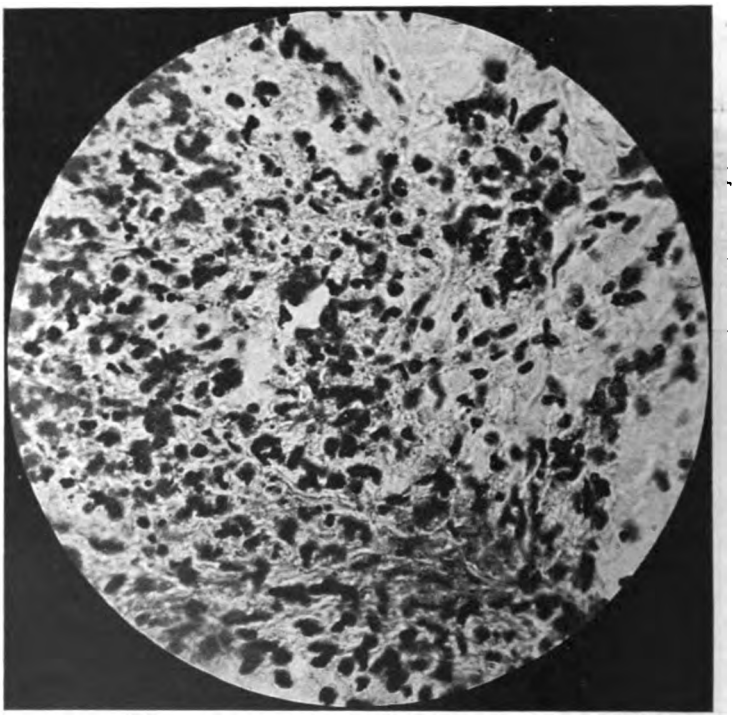


Fig. 9. Älteres Infiltrat nahe dem unteren Rande mit Kernzerfall und Quellung und Erweichung der kollagenen Substanz.

2. Am Eingang der Geschwürstasche: Wo das Epithel aufhört, finden sich in der Kutis die stärksten Zerfallvorgänge, und zwar fast durch die ganze Dicke des Koriums. Das Bindegewebe ist fast völlig zugrunde gegangen, ebenso die elastischen Fasern. Vereinzelt lassen Lymphozyten und Plasmazellen ihre Konturen noch erkennen. Die meisten Zellen sind aber im Zerfall begriffen. Besonders in den oberflächlichen Schichten der Nekrose überwiegen die Kerntrümmer in verschiedenster Form und Größe.

3. Der zentrale Geschwürsgrund: Auf die Zerfallszone folgt zentralwärts ein dichtes Granulationsgewebe. In der Tiefe der Kutis ist das Bindegewebe gut erhalten. Das Infiltrat zieht streifenförmig zu der des Epithels beraubten, unregelmäßig konturierten, im ganzen aber leicht

Digitized by Google

vorgewölbten Oberfläche hin; seine radiäre Anordnung entspricht offenbar den Lymphbahnen. Auch neben den Streifen ist die zellige Infiltration ziemlich dicht. Sie besteht hauptsächlich aus Plasmazellen, daneben auch aus Lymphozyten und Leukozyten.

Außerdem finden sich im Infiltrat Riesenzellen mit zahlreichen, meist randständigen Kernen. Offenbar handelt es sich um Fremdkörperriesenzellen, welche Kerntrümmer in sich aufgenommen haben.

Das Vorhandensein dieser Riesenzellen und die sich zur Oberfläche vorschiebende Bindegewebswucherung scheint darauf hinzuweisen, daß früher auch in dieser Zone des Krankheitsprozesses tiefgehende Zerfallsvorgänge bestanden haben, welche aber durch die neue Bindegewebswucherung emporgehoben und nach außen eliminiert sind.

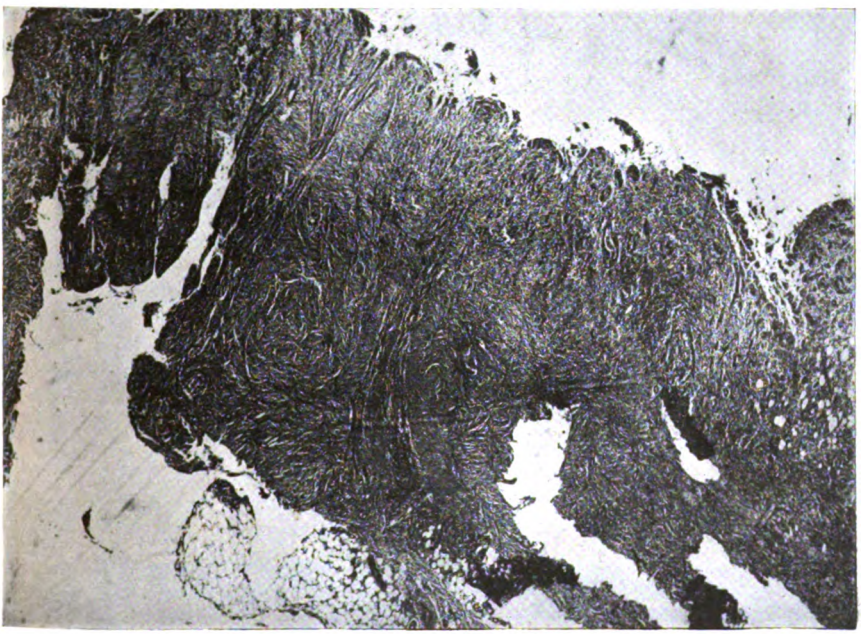


Fig. 10. Zu Fall II: Kleines in toto exzidiertes Geschwür. Zentrale Partie am stärksten verdickt (gewuchert?).

Das Präparat des zweiten Falles ist ein überhängender Geschwürsrand. Der Teil der Kutis, welcher noch der Körperfläche aufsaß, wurde nicht mit exzidiert.

Unmittelbar am peripheren Rande, wo das exzidierte Stück mit der gesunden Haut in Verbindung stand, finden wir in den oberflächlichen Kutisschichten Bindegewebe mit nur vereinzelten perivaskulären Infiltraten. Nach der Tiefe zu nimmt die zellige Infiltration zu, bis zu der Gegend, wo Erweichungsvorgänge oder bereits Gewebsausfall sich darbieten. Zum freien Rande des exzidierten Hautstückchens hin wird das Infiltrat dichter, und zwar durch die ganze Dicke des Schnittes; die Nähe der

Digitized by Google

Gefäße wird bevorzugt, im übrigen folgt es aber auch den Lymphbahnen. Die stärkste Infiltration findet sich fortlaufend an der dem Epithel abgekehrten Seite, welche durch den geschwürigen Zerfall von dem noch an der Körperfläche festhaftenden Rest der Kutis losgetrennt ist. Das Infiltrat besteht stellenweise nur aus Plasmazellen, an anderen Stellen, wo bereits stärkerer Zerfall eingetreten ist, sieht man Kerne ohne sichtbares Protoplasma und Leukozyten. Auch vereinzelte Riesenzellen mit vielen wandständigen Kernen sind an den Stellen mit stärkeren Zerfall-

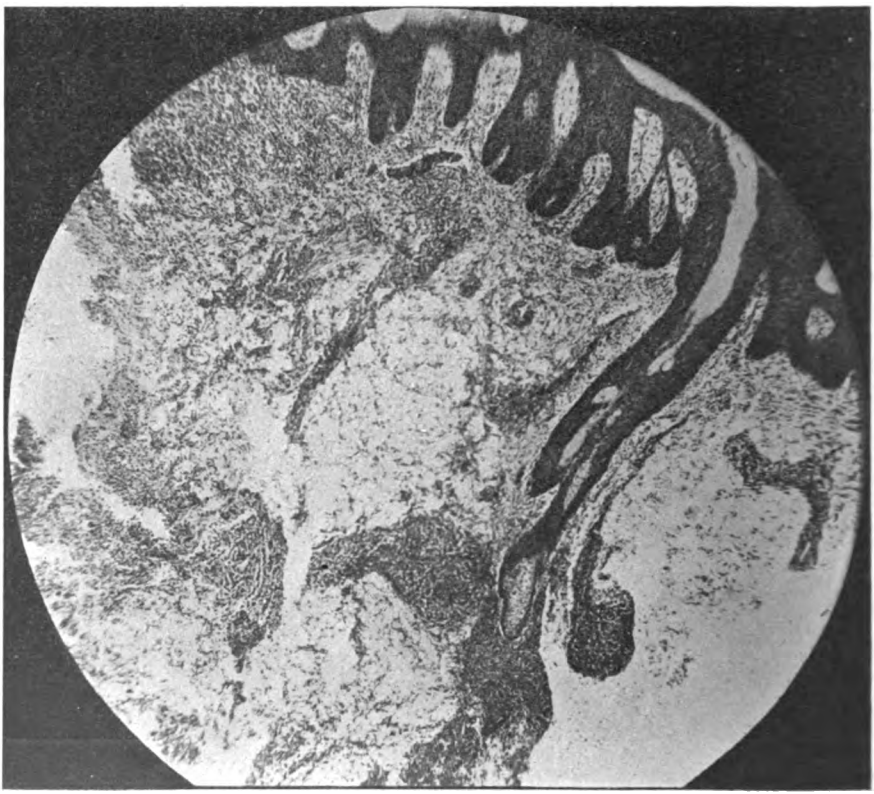


Fig. 11. Randpartie des Geschwürs. Perivaskuläre Infiltrate, Akanthosis und auf der linken Seite Erweichungszone.

vorgängen vorhanden, und zwar besonders an ihrer Demarkationsgrenze. Nur an der Unterfläche des Schnittes, wo zerfallenes Gewebe sich abstößt, finden sich in diesem Streptobazillen.

Vom dritten Falle, der klinisch durch die Multiplizität der Einzeleruptionen dem zweiten Falle glich, wurde keine Exzision vorgenommen.

Das Ergebnis der histologischen Untersuchung kann man dahin zusammenfassen, daß die vorliegende Veränderung in der Hauptsache durch ein wenig charakteristisches Infiltrat der ganzen Kutis bedingt wird.

Digitized by Google

Der Prozeß greift nach der Peripherie um sich. Das Infiltrat gelangt zur Einschmelzung, wodurch sich vom Geschwürsrand aus eine mehr oder minder tiefe Tasche in der Kutis selbst bildet. Der überhängende Rand verfällt allmählich der Nekrose, während der an der Haut festhaftende Teil der Kutis durch reichliche Proliferation das entzündlich veränderte Gewebe nach außen zu eliminieren trachtet. Die Krankheitserreger — Streptobazillen — finden sich nur unter den Geschwürsrändern, und zwar an den peripheren Grenzen des Infiltrates und in den Partien mit stärkster

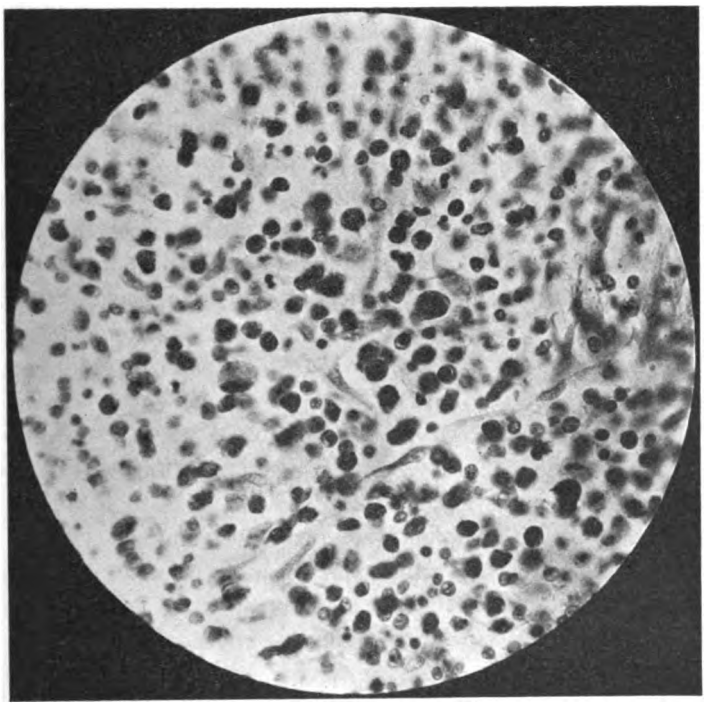


Fig. 12. Ein plasmazellenweiches Infiltrat in der unteren Hälfte der zentralen Geschwürspartie (Granulom).

Infiltration unmittelbar an der Demarkationsgrenze. Im mikroskopischen Bilde ließen sie sich leider nicht wiedergeben, weil sie in verschiedenen Niveaus des Schnittes lagen. Bering und Delbanco konnten den bakteriologischen Befund im histologischen Präparat bestätigen.

Die berichteten Fälle sind in mehrererlei Hinsicht bemerkenswert.

Bezüglich der klinischen Diagnose sehen wir bei den beiden fortgeschrittenen Fällen zunächst den späteren Therapeuten auf einem Irrwege. Die Annahme einer tertiären Syphilis war gänzlich haltlos. Eine eingehende Würdigung der Vorgeschichte hätte hiervon zurückhalten können.

Für uns war es sehr lehrreich, daß wir in dem dritten Krankheits-

Digitized by Google

falle die Entwicklung des Geschwürsvorganges aus einem zerfallenen Bubo verfolgen konnten.

Die zu gleicher Zeit, bzw. später behandelten Fälle I und II wurden daher hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte und ihrer Ätiologie einer weiteren Nachprüfung unterzogen. Hierzu wurde im Falle II auch besonders deshalb Veranlassung genommen, weil er an seiner früheren Behandlungsstelle als Granuloma venereum angesprochen worden war.

Die Auffindung der Streptobazillen mußte jeglichen Zweifel an der Ätiologie des Leidens beseitigen. Sie entsprach aber durchaus den Erwartungen, welche nach der Vorgeschichte und dem klinischen Befund der Veränderung zu stellen waren.

Der Krankheitshergang ist offensichtlich folgender: Der mit der Haut verlötete oder auch durchbrechende Bubo, bzw. der Eiter des inzidierten Drüsenabszesses infiziert die Haut in ähnlicher Weise, wie wir das gar nicht so selten bei tuberkulösen Drüsen finden, welche zur Entstehung von Lupus oder Skrophuloderma Veranlassung geben. Die von Tomasczewski gewählte Bezeichnung bazillärer Bubo trägt den vorliegenden Verhältnissen am besten Rechnung. Der Bubo enthält bei mangelnder oder unsachgemäßer Behandlung, die in unseren Fällen zweifellos vorlag, sehr leicht virulente Erreger.

Es ist ferner von praktischer Bedeutung, daß in den vorliegenden Fällen eine ausreichende heiße Kataplasmenbehandlung und das bewährte Arningsche Behandlungsverfahren (Stichinzision, Karbollösungspülungen und Jodoformglyzerininjektionen) nicht zur Anwendung gelangt sind.

Die Streptobazillen des Buboeiters finden in dem dickeren Kutisgewebe der Inguinalgegend und der angrenzenden Körperpartien einen üppigeren Nährboden als an der Penishaut. Hiermit wird natürlich nicht ausgeschlossen, daß sich auch vom Penis aus infolge Vernachlässigung ein serpiginöses Fortschreiten des Krankheitsvorganges entwickeln könnte. Für gewöhnlich dürfte aber an dieser Stelle die wohl stets erheischte Behandlung dazu ausreichen, um den Prozeß zum Stillstand zu bringen.

Wie schwer dieses aber bei dem dicken Kutisgewebe an den übrigen Körperregionen der Fall ist, zeigen sehr deutlich die Behandlungszeiten unserer drei Fälle (2, 3 und 5 Monate). Für die Langwierigkeit der Behandlung gibt uns das histologische Präparat und der beschriebene Sitz der Krankheitserreger genügende Aufklärung. Es bedarf geraumer Zeit, bis die Karbolsäure in genügender Intensität bis zum äußersten Rand der beginnenden Infiltration vordringen kann.

Schließlich ist es noch von diagnostischer Bedeutung wie auch von therapeutischem Interesse, daß von den in den ersten beiden Fällen versuchten vielseitigen Behandlungsmethoden keine andere zum Ziele führte

Digitized by Google

als die von Neisser empfohlene Karbolsäureätzung und Jodoformbehandlung.

Wie bereits oben erwähnt, wurde Fall II von einem sehr bekannten Tropenforscher als ein Granuloma venereum angesprochen. Ich muß auch gestehen, daß er mit einem der kürzlich von Grindon berichteten und abgebildeten Fälle[1]) eine außerordentliche Ähnlichkeit besitzt. Halten wir allerdings die von Siebert in seiner Arbeit gebrachte Abbildung[2]) dagegen, so müssen wir zugeben, daß letztere eine weit erheblichere, zentrale Granulationsbildung mit keloidartigen Leisten hervortreten läßt. Man gewinnt indessen sowohl aus der Beschreibung der Grindonschen Fälle, wie nach der Standardcharakteristik des Granuloma venereum von Manson, auf die wir noch eingehen werden, den Eindruck, daß beide Krankheitsbilder sehr viele gemeinsame Berührungspunkte aufweisen.

Die Ätiologie des Granuloma venereum hat bisher noch keine einheitliche Klärung erfahren. So konnte z. B. auch Grindon in seinen Fällen die von den verschiedenen Forschern erhobenen Befunde bezüglich der vermeintlichen Krankheitserreger in keiner Weise bestätigen. Trotz des negativen Untersuchungsergebnisses äußert er die Überzeugung, daß ein bestimmter Krankheitserreger vorhanden sei und sich finden lassen müsse. (Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

Aus der I. urologischen Abteilung der öffentlichen Ordinationsanstalt „Teleia" in Budapest (Oberarzt: Dr. Aladár Emödi).

Über den Wert einzelner neuerer Heilmittel bei der Behandlung der Balanitis.

Von

Dr. Nikolaus Hegedüs.

Balanitis ist eine recht häufige Krankheit, bei deren Entstehung die Unreinlichkeit der Kranken eine sehr große Rolle spielt. Besonders Leute, die für die Reinlichkeit wenig Sinn haben, bekommen diese Krankheit viel häufiger als solche, die den auf das Wohlbefinden der Geschlechtsorgane achthabenden intelligenteren Volksschichten entstammen. Die Krankheit selbst ist verhältnismäßig eine unschuldige, den Patienten stürzt sie in keine ernstere Gefahr, doch kann sie viel Unannehmlichkeiten verursachen, und eben deshalb ist ihre rasche Heilung eine wichtige Obliegenheit des Arztes.

Bei der Behandlung verfuhren wir ehedem rein nach den Erfordernissen der, subjektiven und objektiven Symptome. Objektiv teilten wir die Kranken der Intensität der Erkrankung entsprechend in solche: 1. bei denen bei geringgradiger Eiterung die Schleim-

[1]) Journ. of cutan. dis., 1913, Bd. 31, Nr. 4. — [2]) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1907, Bd. 11, S. 368 ff.

Digitized by Google

haut stark injiziert und lose geworden war; 2. bei denen neben starker Eiterung auch Geschwüre sichtbar waren und schließlich 3. wo die starke Entzündung zu Ödemen führte.

Diese Einteilung werden wir der Kürze halber auch im nachstehenden beibehalten.

Ehedem gaben wir bei Erkrankungen ersten Grades Trocken-Streupulver, bei Erkrankungen zweiten Grades haben wir schwach antiseptische und adstringierende Lösungen zu Spülungen angewendet und bei den drittgradigen überdies auch antiphlogistische Behandlung. Unter diesen Mitteln gab es kaum ein solches, welches uns in bezug auf Verläßlichkeit, energische und rasche Wirkung zufriedengestellt hätte. Die Behandlung währte lange; und hierbei hatte der Kranke die Mittel mehrmals täglich (fünf- bis sechsmal) anzuwenden; und da die Kranken, welche die Gratis-Ordinationsanstalt „Teleia" aufsuchen, ohne Ausnahme der ärmeren Volksklasse angehören, konnte der größte Teil derselben die vorgeschriebenen Verordnungen schon wegen seiner Beschäftigung nicht einhalten. Die Kranken kommen bei ihrer Arbeit mit allerhand unreinen Sachen in Berührung, haben weder Zeit noch Gelegenheit, vor der Behandlung die Hände zu waschen, ja es mangelt ihnen oft an Intelligenz, die Wichtigkeit dieses Umstandes einsehen zu können. Diese Umstände brachten es mit sich, daß sich die Heilung hier und da wochenlang hinzog. Deshalb suchten wir nach einem solchen Verfahren, welches einesteils die Heilprozedur vereinfachen, andernteils aber die Heilung möglichst beschleunigen und dabei wohlfeil sein sollte. Mittel, welche diesen Forderungen angeblich entsprechen, bringt die moderne chemische Industrie in großer Fülle in Vertrieb. Wir trachteten demnach, an unserem Krankenmateriale festzustellen, welche die besten unter diesen Mitteln wären.

Deshalb machten wir zum Gegenstande der Versuche jene neueren Heilmittel, welche man als Ersatzmittel des früher souveränen, doch heute vom Gesichtspunkte des gesellschaftlichen Verkehrs in der ambulanten Behandlung nicht gern geduldeten Jodoforms empfohlen hatte. Solche sind die Jod-, Tannin- und Bismutverbindungen, von welchen wir das Novojodin, Vioform, Xeroform, Dermatol und Tannophen zum Gegenstande unserer vergleichenden Untersuchungen machten.

Was die Art der Anwendung derselben betrifft, so haben wir selbe in Fällen, welche nicht mit Ödem des Präputium verbunden waren, in Pulverform angewendet, wogegen wir es in solchen Fällen, wo auch diese Komplikation auftrat, mit der 10%igen öligen Suspension des betreffenden Medikaments versuchten.

Das von der Fabrik Dr. E. Scheuble hergestellte Novojodin, ein Hexamethylentetramindijodid und Talc. ven. āā erprobten wir in zwölf Fällen. In vier Fällen bestand nur Injektion und Lockerung der Schleimhaut des Sulcus coronarius, also Erkrankung ersten Grades, in anderen vier Fällen machten wir Versuche bei Erkrankung zweiten Grades, in den übrigen vier Fällen bei solchen dritten Grades. Aus den Resultaten schöpften wir die Überzeugung, daß dieses Mittel den Zwecken, für welche wir den Versuch einleiteten, nicht entspricht. Die Krankheit heilte nur nach längerer Behandlung, ja in zwei schwereren Fällen waren wir genötigt nach dreiwöchiger Anwendung des Mittels zu einem anderen Medikamente zu greifen. Das Mittel war nämlich für die Kranken nicht indifferent, denn diese klagten über beißende, häufig über brennende Schmerzen.

Günstiger waren die Resultate mit Dermatol (Bismuthum subgallicum) und Xeroform (Bism. tribromphenylic.). Diese zwei Mittel wirken bei eingradigen Erkrankungen von Balanitis, also in einfachen Fällen, recht gut, in schwereren Fällen zog sich die Heilung in die Länge.

Digitized by Google

Mit Tannophen (Chlormetakresolformaldehydtannins Kondensationsprodukt) machten wir Versuche in 25 Fällen, in zehn solchen Fällen, wo das erste Stadium bestand, erzielten wir die Heilung in drei bis vier Tagen, in zehn Fällen, wo sich der Verlauf im zweiten Stadium befand, erst in sechs bis zehn Tagen und schließlich in fünf Fällen des dritten Stadiums nur nach drei bis vier Wochen.

Vioform (Jodchloroxychinolin, fabriziert von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel) haben wir bisher in 51 Fällen angewendet. In 20 Fällen ersten Grades vollzog sich die Heilung ungemein rasch, bereits auf zwei- bis dreimalige Bestreuung, in 15 zweitgradigen Fällen trat die Heilung in $1^1/_2-3$ Tagen ein, ja in vier Fällen zweiten Grades bereits am zweiten Tage nach der Ordination. In 16 Fällen hatten wir es angewendet bei der drittgradigen Form der Balanitis. Obzwar die Heilung hier nicht so rapid war, so haben wir doch auch in diesen Fällen die Kranken nach sieben bis neun Tagen geheilt entlassen. In einem Falle fand die Heilung in fünf Tagen statt, in einem vernachlässigten alten Falle dauerte die Balanitis dritten Grades 14 Tage.

Die Anwendung der Mittel geschah folgendermaßen: In Erkrankungsfällen ersten und zweiten Grades wischt der Kranke die kranken Stellen mit reiner Hand und trockener Watte ab, sonach bestreut er selber mit dem Pulver täglich zweimal. In drittgradigen Fällen, wo man mit dem Pulver an die kranken Stellen nicht herankommen kann, wenden wir die 10%ige ölige Suspension des Vioform an. Zur Übertragung der öligen Vioformsuspension auf die kranken Stellen gebrauchen wir einen Gummiball mit auslaufendem Ende. Zur Erleichterung der Anwendung gelangen die pulverförmigen Heilmittel in neuerer Zeit in Schachteln mit Streuapparat in Vertrieb. Dies ist aus zwei Gesichtspunkten sehr vorteilhaft, und zwar:

1. der Kranke streut von dem Heilmittel auf die erkrankte Stelle so viel, als gerade erforderlich ist,

2. es ist überflüssig, daß der Kranke, sei es das Medikament, sei es die erkrankte Körperstelle, mit der Hand oder einem Behelfe berührt.

In solchen Schachteln gelangen Novojodin, Tannophen und Vioform in Vertrieb. Die Schachteln des Tannophen und Novojodin dienen jedoch dem obigem Zwecke nur unvollkommen, einesteils deshalb, da infolge des Umstandes, daß die Öffnungen unregulierbar sind, bei der Anwendung eine größere Quantität des Medikamentes aus den Schachteln herausfällt, als es notwendig wäre, anderenteils aber bestehen die Schachteln aus Papier und gehen daher leicht zugrunde; und überdies ist die Schachtel nicht sterilisierbar. Die Schachtel des Vioform entspricht dem Zwecke am besten. Der Schachteldeckel ist nicht abzuheben, und da die Blechschachtel feuerfest ist, kann der Gehalt wann immer nachsterilisiert werden; außerdem ist die Öffnung regulierbar; und von den drei Öffnungen können eine oder zwei Öffnungen nach Bedarf gesperrt werden. Der Gebrauch derselben ist also auch sparsam. Fassen wir unsere Beobachtungen kurz zusammen, so beobachteten wir, daß a) mit Rücksicht auf die Raschheit und Vollkommenheit der Heilung: in erstgradigen Fällen Vioform von raschester Wirkung ist; Tannophen, Xeroform, Dermatol wirkten gleichartig. In zweitgradigen Fällen wirkte Tannophen rasch, doch auch hierbei ist Vioform viel besser; denn während man bei Tannophenbehandlung erst nach sechs- bis zehntägiger Anwendung ein Resultat erzielte, so resultierte der Heileffekt in diesen Fällen bei Behandlung mit Vioform bereits nach drei- bis sechsmaliger Bestreuung, also nach $1^1/_2$ bis 3tägiger Behandlung. In drittgradigen, also in den schwersten Fällen konnten wir eine rasche Heilung nur allein mit Vioform erzielen. b) Was die zweckmäßige Paketierung der angeführten Mittel und dadurch die Handhabung derselben anbetrifft,

Digitized by Google

so können in dieser Beziehung Xeroform und Dermatol, da sie nur magistraliter verordnet werden können, den erwünschten Anforderungen nicht entsprechen; ebenso ist die Paketierung des Tannophen und Novojodin mehr oder weniger unvollkommen. Hingegen entsprach aus oben beschriebenen Gründen unseren Zwecken Vioform am besten. c) Aus dem Gesichtspunkte der Billigkeit und Handhadung muß man auch das spezifische Gewicht der Pulver in Rechnung ziehen, da die gleichmäßige Zerstreuung der Pulver kleineren spezifischen Gewichtes leichter vor sich gehen kann.

Von größtem spezifischen Gewichte unter diesen Pulvern ist Xeroform und Dermatol, weniger schwer ist Tannophen und Novojodin, sehr leicht ist Vioform.

Auch wenn wir nun noch die Preise der Heilmittel in Berücksichtigung ziehen, die Paketierung per 10 ccm berechnet so sind die wohlfeilsten Novojodin und Vioform (90 Heller), kostspieliger das Tannophen (1 K), wogegen Dermatol auf K 1.44, Xeroform auf K 1.62 zu stehen kommt; der Preis der letzteren ist also so hoch, daß sie in der Armenpraxis kaum verordnet werden können. Ziehen wir alle Umstände in Erwägung, so müssen wir uns dahin äußern, daß den unsererseits gestellten Anforderungen kollektiv das Vioform zumeist entsprochen hat; danach folgte der Reihe nach Tannophen, Dermatol und Xeroform, wogegen Novojodin, wenn es auch hinsichtlich des Preises ebenfalls entsprechen würde und seine Handhabung verhältnismäßig ebenfalls eine gute ist, in der Wirkung hinter den übrigen zurückblieb.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

August 1913.

Eine Methode, die bei der Sabouraud-Noiré-Pastille gegebenen Farbentöne genau festzulegen, von Dudley Corbett. Die Angaben besagen, daß, wenn eine Pastille in der richtigen Stellung Ton B erreicht, die Haut eine Maximaldosis erhalten hat, über die hinaus aber Erythema, Dermatitis und dauernde Alopezia eintreten kann. Eine zuverlässige Skala ist daher notwendig, wenn man die volle Sabourauddosis zur Epilation anwendet. Um diese Skala zu erhalten, hat C. die Farbenveränderungen in ihrer Zusammensetzung, wie sie in der Pastille selbst vorkommen, mittels des Tintometers von Lovibond studiert. Die X-Strahlenröhren, die für diese Experimente benutzt wurden, waren gut gehärtet und änderten sich sehr wenig von Tag zu Tag in der Zahl der Unterbrechungen, die nötig waren, Ton B hervorzurufen, und zwar so lange, als die MA nahezu konstant blieben. Die Sabourauddosis, wie sie C. auf seiner Abteilung benutzte, ist eine Mischung von 15,0 Gelb und 1,5 Rot; dies gibt einen vollen B-Ton und die Grenze, welche ohne Dermatitis angewendet werden kann und womit C. in allen Epilationsfällen arbeitete. Leichtes Erythema folgte zuweilen auf diese Dosis, aber das Wiederwachsen der Haare wurde damit nicht beeinträchtigt. Gegenwärtig wendet C. $^4/_5$—$^7/_8$ dieser Dosis in Fällen von Tinea für jeden Herd, mit Ausnahme des Kopfscheitels, an, welcher gewöhnlich die volle Dosis für ausreichende Enthaarung erfordert. Aus einer großen Anzahl von Versuchen werden nun als typisch die mit folgenden Resultaten angeführt: Die nicht exponierte Pastille ist eine Mischung von Gelb und Blau, das Blau verschwindet allmählich bis zu einem Punkt gerade unter der $^1/_2$ Pastillendosis, wo keine andere Farbe als Gelb vorhanden ist. Dann erscheint Rot in zunehmender Proportion, wodurch ein tieferer Farbenton entsteht. Das Verhältnis von Gelb bleibt durchaus gleichmäßig; der experimentelle Irrtum für Rot ist ungefähr

Digitized by Google

0,15. Es sollte nach all diesen Versuchen, deren einzelne Zahlen hier nicht wiedergegeben werden können, möglich sein, einen konstanten Hauptton sowohl für die volle wie die fraktionierten Dosen zu bekommen; die Versuche werden mit einem Radiometer, das alle erforderlichen Bedingungen erfüllt, gemacht und haben den weiteren Vorteil, mit einem konstant künstlichen Licht ausgearbeitet zu sein.

Ein Fall von Purpura, auf Trauma folgend, von W. Jenkins Oliver-Oxon. Der Patient, ein 20jähriger Schuhmacher, hatte wiederholt infolge rascher Bewegung (beim Fußballspielen usw.) eine Luxation im linken Kniegelenk gehabt; sechs Stunden nach dem letzten Vorfalle waren außer Schwellung dieses und des Fußgelenkes rote Flecken an dem linken Bein aufgetreten, ohne daß unterhalb des Knies irgend welche Schmerzen sich je zugesellten. Es war eine dunkelrote fleckige Eruption, wobei die einzelnen Flecke Stecknadelkopf- bis Splittererbsengröße hatten, die größere Tendenz, sich in Gruppen zu vereinen, zeigten und von den kleineren Eruptionen eine Anzahl augenscheinlich Hämorrhagien in die Haarfollikel, wo sie als stecknadelkopfgroße Papeln zu fühlen waren, bildeten. Das linke Kniegelenk war geschwollen, kein Ödem unterhalb desselben, noch irgend eine Anschwellung um das Fußgelenk herum war vorhanden. Aus der besonderen Lokalisation, einseitigen Verteilung der Purpuraflecken und der Anamnese eines plötzlichen Unfalls (am Kniegelenk der betreffenden Seite) kann für O. nur die Bezeichnung als traumatische Purpura in Betracht kommen.

Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur experimentellen Pathologie und Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impfsyphilis der Kaninchen, von P. Uhlenhuth und P. Mulzer. (Arb. aus dem K. Gesundheitsamte Bd. 44, H. 3. 1913.) Zusammenfassender Bericht über alle das Gebiet betreffenden Untersuchungen, die die Verfasser vom November 1908 an teils im Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin, teils im hygienischen Institut in Straßburg angestellt haben. Es werden zunächst die Impfungen am Kaninchenauge und die skrotalen Impfungen abgehandelt, ferner intraperitoneale, kutane, subkutane und intravenöse, durch welch letztere es besonders bei jungen Tieren (intrakardiale Impfung) gelang, eine Allgemeinsyphilis zu erzeugen. Die Ergebnisse dieser Impfungen, das klinische Bild der Hornhaut-, Hoden- und Allgemeinsyphilis sind aus den zahlreichen früheren Publikationen der Verfasser, die an dieser Stelle eingehend referiert sind, bekannt, ebenso die Histologie der experimentellen Kaninchensyphilis, der ein größerer, durch zahlreiche Mikrophotogramme illustrierter Abschnitt, gewidmet ist. Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit den Übertragungsversuchen auf Affen und andere Tiere. Bei anderen Tieren (Schweine, Ziegen, Meerschweinchen, Mäuse u. a. m.) haftete das Virus nur äußerst selten, auch bei niederen Affen (Cercopithecus und Cercocebus) waren die positiven Impfversuche so selten, daß Verfasser nicht anstehen, das Kaninchen, ganz abgesehen von der leichteren Beschaffung und Haltung, als das geeignetere Versuchstier für das Studium der experimentellen Syphilis hinzustellen. — Die Wassermannsche Reaktion, die bei zahlreichen normalen wie syphilitischen Kaninchen geprüft wurde, fiel ganz inkonstant aus, ebenso schlugen Versuche, aus Hodensyphilomen ein Antigen für die Wassermannsche Reaktion zu gewinnen, fehl, da Hemmungen und Lösungen ganz unspezifisch waren.

Sehr interessant sind die Immunisierungsversuche. Schon die erfolgreichen Reinokulationen, die bei Tieren mit bestehender oder eben überstandener Lues vorgenommen

Digitized by Google

werden, zeigten, daß der Kaninchenkörper keine spezifischen Antikörper gegen das Syphilisvirus zu bilden imstande ist, ebensowenig ließen sich im menschlichen wie im Kaninchenluesserum spezifische Agglutinine oder Präzipitine nachweisen (im Gegensatz zu v. PROWAZEK, der Agglutination der Spirochaeta pallida durch Luetikerserum beobachtete). Die Vorbehandlung mit lebendem wie mit totem syphilitischen Material schützt ebensowenig gegen eine nachfolgende Impfung, wie man mit Syphilisimmunserum irgend eine therapeutische Wirkung erzielen konnte. Bei der nahen Verwandtschaft der Spirochaeta pallida und der Hühnerspirochäte erschienen Versuche aussichtsreich, durch Vorbehandlung der Kaninchen mit Hühnerspirillen Immunität gegen Syphilisspirochäte zu erzeugen. Es gelang nicht, während das Immunisieren der Hühner gegen Spirillose ausgezeichnete Erfolge hatte. — Es folgen die chemotherapeutischen Untersuchungen an Kaninchensyphilis und Hühnerspirillose mit Atoxyl, atoxylsaurem Hg, Salvarsan und organischen Antimonverbindungen, von denen die erste auf UHLENHUTHS Veranlassung hergestellte, das Antimonatoxyl, gute Wirkung auf beide Krankheiten hatte. Von den später Untersuchten zeigte das azetyl-p-aminophenylstibinsaure Natrium (Zusammensetzung analog dem Arsazetin) so gute Schutz- und Heilkraft für Hühnerspirillose und Heilkraft für Kaninchensyphilis, daß therapeutische Versuche bei menschlicher Lues vorgenommen werden konnten, die aber allgemeiner Intoxikationserscheinungen wegen wieder aufgegeben werden mußten. Ein interessantes Kapitel bilden die Vererbungsversuche. Es wurden Tiere mit lokaler Genitalerkrankung und allgemeinsyphilitische sowohl mit gesunden als mit kranken Tieren gepaart. Die Jungen, die geworfen wurden, waren niemals krank und blieben auch in der Folgezeit gesund und konnten mit Erfolg nachgeimpft werden. Sehr erschwert werden die Vererbungsversuche durch die häufige Gewohnheit der Kaninchenmütter, ihre Nachkommenschaft gleich nach der Geburt aufzufressen. Daher muß die Frage, ob bei syphilitischen Kaninchen auch Aborte vorkommen, noch offen bleiben. Die Tatsache, daß die Weibchen oft trächtig befunden werden und Anstalt zum Nesterbau machten, am nächsten Tage aber nicht mehr trächtig waren und den Nestbau aufgaben, spricht dafür, doch konnten im Käfig niemals Föten oder deren Reste aufgefunden werden. Weitere Versuche sind im Gange. Daß die normale Plazenta für das Syphilisvirus durchlässig ist, wurde durch folgenden Versuch bewiesen: Das gesund geborene Junge eines Kaninchens, dem in der Gravidität syphilitische Hodenemulsion intravenös injiziert wurde, bekam zwei Monate nach der Geburt syphilitischen Schwanz- und Nasentumor, gleichzeitig traten auch bei der Mutter syphilitische Erscheinungen auf. Der Durchtritt der Spirochäte durch die Plazenta in den fötalen Organismus erfolgt innerhalb weniger Minuten, wie ein Versuch lehrt, bei dem ein gravides Kaninchen, das fünf Minuten nach der Injektion des syphilitischen Materials starb, sofort laparotomiert wurde. Milz und Leber der so gewonnenen Föten erzeugten intraskrotal verimpft typische syphilitische Orchitis und Periorchitis.

Der dritte Teil bringt die Impfversuche mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen. Bei sekundärer Lues wurde in 75%, bei primärer Lues in 84% (auch bei negativem WASSERMANN) durch Verimpfung von Blut, das mikroskopisch spirochätenfrei war, ein positives Impfresultat gewonnen. Verfasser weisen an dieser Stelle auf die Gefahr der syphilitischen Infektion für alle diejenigen hin, die mit Blut Syphilitischer in Berührung kommen (Ärzte, Hebammen, Zahnärzte). Die in der Praxis oft erprobte Zwecklosigkeit der Exzision des Primäraffektes findet durch diese Impfresultate ihre Erklärung. Blutimpfungen aus der tertiären Periode, sowie Verimpfung von Gewebsstücken aus tertiär-luetischen Produkten (Ulcus cruris specificum, Gumma des Rückens) verliefen negativ. In einem Falle war die Blut-

Digitized by Google

verimpfung einer latent Syphilitischen (gesunde Mutter eines 18 Tage alten syphilitischen Kindes) positiv. Mit positivem Erfolg wurde ferner verimpft einmal das Sperma eines Allgemeinsyphilitischen ohne Genitalerkrankung und zweimal die Milch syphilitischer Frauen. Die Verimpfungen von Spinalflüssigkeit von Tabikern und Paralytikern verliefen bisher erfolglos. Die nach der Verimpfung menschlichen Materials entstehenden syphilitischen Erkrankungen am Kaninchenhoden sind viel weniger ausgeprägt als die nach Impfung mit tierischem Material und lassen sich oft nur als kleine Verdickungen und Knötchen palpatorisch nachweisen. Ein sicheres Symptom ist die schleimige, fadenziehende Beschaffenheit des Punktionssaftes erkrankter Hoden. Trotz der geringen lokalen Erscheinungen ist doch eine Generalisierung des Virus im Körper schon eingetreten, denn Leber und Milz solcher Tiere verimpft erzeugen syphilitische Hodenerkrankung.

Dieser eingehenden Studie, die eine ungeheure Summe von Einzeluntersuchungen umfaßt, wie sie so systematisch und so zahlreich von keinen anderen auf dem Gebiet arbeitenden Verfassern unternommen sind, sind die genauen Protokolle über alle Versuche, sowie eine Reihe guter Bilder, meist Photogramme, beigegeben, die die Methoden der skrotalen und intrakardialen Impfung veranschaulichen und die verschiedenen am Kaninchen beobachteten luetischen Manifestationen zeigen.

In jedem einzelnen Kapitel sind die einschlägigen Arbeiten anderer Verfasser besprochen, und ein ausführliches Literaturverzeichnis findet sich am Schluß des Buches.

M. Unna.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Nephrolithiasis im Kindesalter nebst einem Bericht über zwei erfolgreiche Fälle von Nephrolithotomie bei kleinen Kindern, von R. Ollerenshaw-Manchester. (Brit. med. Journ., 18. Januar 1913.) In dem einen Falle handelte es sich um ein Mädchen von drei Jahren, das außer gelegentlicher leichter Hämaturie und Schmerzen in der Lendengegend kaum krankhafte Symptome dargeboten hatte. Nachdem die Diagnose auf Grund der Röntgenuntersuchung gestellt war, wurde operiert, wobei ein Harnsäurekonkrement im Gewicht von 0.24 g entfernt wurde. Der zweite Fall betraf einen Knaben von acht Jahren, der von einem aus oxalsaurem und phosphorsaurem Kalk bestehenden, 1 g schweren Stein befreit wurde. Beide Kinder erholten sich vollständig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein großer Nierenstein. — Nephrektomie. — Heilung, von Julian und Santiago Ratera-Madrid. (Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 19. H. 6.) Der röntgenologisch festgestellte und operativ entfernte Nierenstein in dem mitgeteilten Falle hatte ein Gewicht von 185 g. W. Lehmann-Stettin.

Über die eingeklemmten Uretersteine, von Ernst Boross-Budapest. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 84, H. 1.) Vor der in den letzten 20 Jahren so weit fortgeschrittenen Anwendung des Röntgenverfahrens und der Ausbildung der zystoskopischen Untersuchungsmethoden war der Sitz des Uretersteines kaum diagnostizierbar, und die Patienten gingen oft an Anurie zugrunde, weil, wenn der Stein auch nur einseitig zur Retention führte, in den meisten Fällen auch die andere Niere allmählich versagte. Jetzt sind die Röntgenuntersuchung bei Nierensteinen, die zystoskopische Untersuchung und der Ureterkatheterismus bei Uretersteinen wertvolle, kaum versagende Hilfsmittel, die es ermöglichen,

Digitized by Google

den Sitz des Steines zu bestimmen und damit auch den Weg für die Therapie vorzeichnen. Es sind besonders drei Stellen im Laufe des Ureters, an denen infolge der Enge desselben die Steine stecken bleiben, 1. das Collum ureteris am Übergang des Nierenbeckens in die Ureteren, von wo aus die Steine entweder auf operativem Wege (Ureterotomia oder Nephrolithotomia) entfernt werden müssen oder in das Nierenbecken zurückfallen, 2. da, wo der Ureter die Gefäße, die Vena iliaca externa, kreuzt, d. h. in der Linea innominata, 3. in dem intramuralen intraperitonealen Teile der Blase, d. h. $1^1/_2$—2 cm oberhalb des Orificium vesicale uretericum. Die Fälle unter 2. sind sehr selten, so daß vom Verfasser niemals, und von Israel, der fast 25% der veröffentlichten Fälle behandelt hat, nur einmal an dieser Stelle eine Einklemmung gesehen wurde. Während an den beiden erstgenannten Stellen eingeklemmte Steine nur auf blutigem Wege zu entfernen sind, gelingt es bei Einklemmungen auf der dritten Stelle fast stets auf unblutigem Wege. Die verschiedenen Operationen und ihre Technik überragen den Rahmen eines Referates. In jedem Falle ist die Prognose meist günstig zu stellen, besonders im Vergleiche zu früherer Zeit. Lasch-Breslau.

e. Labien, Vagina usw.

Zur Behandlung der Blasenschwäche des Weibes, von H. Fehling-Straßburg. (Med. Klinik, 1913, Bd. 9, H. 8.) Die bei Frauen in allen Lebensaltern (allerdings am häufigsten bei älteren Frauen, die mehrfach geboren haben) vorkommende Blasenschwäche bedeutet zumeist keine vollkommene Lähmung der Blase, sondern nur eine teilweise Incontinentia urinae; jedoch ist dieselbe infolge der permanenten Durchnässung und eventuell eintretender Ekzeme den Frauen höchst lästig, und es kann auch bei längerer Inkontinenz eine Schrumpfblase mit allen Nachteilen die Folge sein. In der vorliegenden Abhandlung betrachtet der Verfasser nur die auf mechanischer Ursache ruhende, die rein essentielle Blasenschwäche (ohne Berücksichtigung der durch Traumen der Blase oder Harnröhre oder der durch spinale Ursachen zustande gekommenen Inkontinenz; so daß für ihn in Betracht kommen: a) mechanische Ursachen: Verlagerung des Blasenhalses durch Rückwärtslagerung des Uterus, durch Senkung der Zervix usw., Narben, Tumoren, Ovarialtumoren oder Myome, b) seltener abnormer Chemismus des Blaseninhaltes, besonders stark alkalischer Urin.

Prophylaktisch ist wenig zu tun, nur daß man eventuell im Wochenbett die Blase der Wöchnerin vor Überanstrengung bewahrt und die Entleerung der Blase nicht zu früh sitzend erlaubt.

Therapeutisch sind eine große Anzahl von blutigen und unblutigen Eingriffen angegeben, die aber alle keine durchwegs befriedigende Lösung bieten; in manchen Fällen hilft das Einsetzen eines Ringes oder eines Scheidenpessars; bisweilen hat der Verfasser von der Anwendung schwacher galvanischer Ströme (bis 30 MA.) Erfolge gesehen, wobei die knopfförmige Kathode mit häufigem Wechsel im vorderen Vaginalgewölbe in die Gegend des Sphinkter, die plattenförmige Anode über die Symphyse zu liegen kommt.

Über die einzelnen Operationen hat der Verfasser wie über die Gersuny'sche Paraffineinspritzung (die aber nicht ungefährlich ist) keine Erfahrungen. Seine eigene Methode, die er in fünf Fällen z. T. mit Erfolg angewendet hat, ist recht kompliziert, und sollte nur für die schwersten Fälle aufgespart werden. Sie führt ebensowenig wie die anderen im Originale nachzulesenden Methoden mit Sicherheit zum Ziel. Es bleibt meist nichts übrig, als die Patientin einen Harnrezipienten tragen zu lassen.

Lasch-Breslau.

Ein Beitrag zur Behandlung der Vaginalerkrankungen, von H. Gutawitz-Leipzig. (Fortschr. d. Med., 1913, Nr. 8.) Die Erkenntnis, daß ein Vaginalkatarrh kein

Digitized by Google

so harmloses Übel sei, als man lange angenommen hatte, daß derselbe zu sehr lästigen lokalen Folgeerscheinungen (Ekzemen, Erosionen usw.) und unangenehmen Allgemeinerscheinungen (hochgradige Blutarmut, Schwäche, nervöse Störungen) führen könne, hat die Aufmerksamkeit der Therapeuten wieder mehr auf diese Erkrankungen gelenkt. Neben der in Aufnahme gekommenen Hefetherapie empfiehlt Gutawitz fast enthusiastisch die Verwendung von Ensemoritabletten; dieselben bestehen aus einer labilen Verbindung von Formaldehyd mit Resorzin und Thymol und enthalten ferner Alumin. acet. tartaric., Bismutum subgallicum, sowie Hexamethylentetramin und Acidum tartaricum und Natrium bicarbonicum. Diese letztere Beigabe hat den Zweck, Kohlensäure zu entwickeln, indem sich unter der Einwirkung der Scheidenfeuchtigkeit ein Gasgemisch von Kohlensäure und Formaldehyd entwickelt, unter dessen Einfluß sich die vorher in festem Zustand befindliche Thymol-Resorzin-Aldehydverbindung in ihre Komponenten spaltet und diese durch die kleinen Gasbläschen in alle kleinen Falten und Buchten der Scheide hineingetragen werden. Außer der sehr glänzenden Wirkung auf den Fluor albus, die der Verfasser in sieben Krankengeschichten besonders erläutert, haben die Ensemoritabletten den Vorzug, daß man ihnen wirksame Medikamente, wie Ichthyol, Protargol, Jod usw., beifügen und diese auf angenehme Weise in die Scheide einführen kann, und zwar z. B. mit gutem Erfolge 5% Ichthyol bei Exsudaten, 1% Protargol bei Blennorrhoen. Dosis dreimal täglich eine Tablette. Nebenbei Behandlung eventuell bestehender Ekzeme mit Kalium permanganicum, Bädern und Lenigallolzinkpaste, und des Allgemeinbefindens mit roborierenden Mitteln.

Lasch-Breslau.

Über die Ursachen und die Behandlung des Ausflusses aus dem weiblichen Genitale, von Gottschalk-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.) Verfasser führt keine besonderen neuen Gesichtspunkte in seinen Ausführungen an. Bei akuter Blennorrhoe warnt er besonders vor weiterer Übertragung auf die Gebärmutter durch Lokalbehandlung und empfiehlt besonders absolute Bettruhe und vorsichtige Spülungen.

Franzius-Dresden.

Tod durch den Einlauf einer Chlorzinklösung in die weiblichen Geschlechtsorgane, von Roller. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 24.) 31jährige Frau mit starker Gebärmuttersenkung, im vierten Monat Gravida, bekam von einem Nicht-Arzt eine 52%ige Chlorzinklösung, wovon sie einen Eßlöffel zu 1 l Wasser nehmen sollte und in die Scheide einspritzen. Dies geschah in die Gebärmutter, nach 13 Stunden Abort, Exitus sieben Stunden später. Sektion ergab Verätzung von Uterus, Tube und Peritoneum, Peritonitis. Man darf also das Chlorzink nicht als ein harmloses Mittel betrachten.

Haas-Hamburg.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhagie beim Manne, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York med. Journ., 15. Febr. 1913.) Eingangs seiner ziemlich ausführlichen Darstellung der akuten Harnröhrenblennorrhoe und deren Behandlung vertritt P. den Standpunkt, daß dieselbe ausschließlich in die Domäne des spezialistisch ausgebildeten Arztes zu fallen habe (in der Praxis wohl nicht durchzuführen! Ref.) und bespricht dann die Gefahren der Autoinfektion (Augen, Mastdarm) und die Wege der Verhütung, die höchstens bis zu zwölf Stunden nach dem suspekten Koitus noch möglich sei. Was die Abortivbehandlung betrifft, so ist sie nur in den ersten 24 Stunden nach der Infektion, wenn noch schleimiger und kein eitriger Ausfluß vorhanden ist, die Gonokokken innerhalb der Epithelzellen liegen, möglich — um welche Zeit aber nur in wenigen Fällen die Patienten sich dem Arzte vorstellen. Als hauptsächliche Methode der Abortivbehandlung,

Digitized by Google

die P. immerhin schon Dienste geleistet hat, empfiehlt er Spülung des vorderen Teiles der Harnröhre mit 3—5%iger Arg. nitr.-Lösung mittels eines kurzen Urethroskops. Im übrigen ist in vielen Fällen für das Anfangsstadium P. Anhänger der exspektativen Behandlung, das ist neben möglichster, womöglich Bettruhe, in den ersten 8—14 Tagen Diät, diluierende Getränke usw. Von Komplikationen der akuten Blennorrhoe des vorderen Teiles der Harnröhre kommen vor allem Ödem der Vorhaut, Balanoposthitis, Follikulitis mit Abszeßbildung, selten Abszeß des Penisschaftes als Folge von Lymphangitis, der raschen chirurgischen Eingriff erheischt, in Betracht. Auch bei der Urethritis posterior möchte P. zunächst exspektierend verfahren und bei hartnäckigen Fällen Irrigation von Harnröhre und Blase mit Arg. nitr. (von 1:20,000—5,000) oder Kal. permang. (von 1:10,000—4,000)-Lösungen empfehlen; dieselben sollen möglichst heiß angewandt werden. Von Komplikationen der akuten Urethritis posterior führt P. Zystourethritis, Zystitis, Prostatitis, Vesikulitis, Funikulitis und Epididymoorchitis und deren Behandlung in Kürze an. Von Wert gegen die Kongestions- und Reizzustände dieser Nebenorgane erwies sich das Fluidextrakt des Akonits, in entsprechender Dosis alle 1—2 Stunden, bei weniger intelligenten Personen alle drei bis vier Stunden gegeben, jedoch mit Vorsicht (bei letzteren höchstens während eines Tages). Was die Serum- und Bakterienbehandlung betrifft, so hält P. erstere im akuten Stadium, wo die Gonokokken noch zahlreich und aktiv sind, letztere im chronischen und subakuten Stadium, um die absorbierenden Zustände des Leidens zu bekämpfen, für indiziert. Wenn das eine Präparat versagt hat, sollte je nach dem Falle das andere, Serum oder Bakterien, versucht werden. P. hat in letzter Zeit mit hohen Dosen, speziell der Bakterine, offensichtlich bessere Erfolge gehabt und führt einen Fall an, wo er 400 Millionen autogener Bakterien intramuskulär injizierte, zuerst jeden zweiten Tag, dann in immer größeren Pausen (zuletzt jede Woche), und nach 40 Injektionen alle Komplikationen, wie doppelseitige, rezidivierende Vesikulitis u. a., beseitigt waren. Zum Schlusse seiner höchst lesenswerten Arbeit, die noch mit anderen kasuistischen Beiträgen illustriert ist, unterläßt P. die beherzigenswerte Mahnung nicht, möglichst konservativ zu verfahren und in zweifelhaften Fällen lieber nichts wie zuviel zu tun. Stern-München.

Über die blennorrhoische Zystitis, von Castorina-Catania. (Gazz. internaz. di Med., Chir. etc., 1913, Nr. 13—14.) In der großen Mehrzahl der Fälle spielt der Kolibazillus in der Ätiologie der blennorrhoischen Blasenentzündung eine wichtige Rolle.

K. Rühl-Turin.

Die Vakzinotherapie bei der blennorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder, von Winokurow und Wainstein. (Ther. Rundschau [russisch], 1913, Nr. 6, S. 182.) Unter den Schlußsätzen dieser beiden Autoren beanspruchen folgende ein besonderes Interesse: Die klinischen Beobachtungen bestätigen vollauf den Zusammenhang zwischen der Größe der Dosis und der Menge des spez. Opsonins und weisen auf die Notwendigkeit hin, mit kleinen Dosen der Vakzine zu beginnen und nur allmählich mit denselben, in Abhängigkeit von den Schwankungen der Krankheitssymptome zu steigen. Unter Beobachtung dieser Bedingungen bleiben irgend welche reaktive Erscheinungen aus. Unter dem Einfluß der Vakzine schwindet der Erreger der Vulvovaginitis bei Kindern resp. der Gonococcus Neisseri sehr bald aus dem Sekret, um aber nach einiger Zeit bei sehr schwach ausgeprägten örtlichen Erscheinungen wieder auftreten zu können. Die Dauer der Behandlung der Vulvovaginitis der Kinder unterliegt großen individuellen Schwankungen. In der streng nach der Methode Wrights ausgeführten Vakzinotherapie haben wir ein mächtiges Mittel für den Kampf mit der blennorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder erhalten. Arthur Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Gonokokkenvakzine bei chronischer blennorrhoischer Arthritis, von SEMENOW. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 8.) Nach den Versuchen von S. muß die polyvalente Gonokokkenvakzine sowohl als ein spezifisches Mittel bei der chronischen blennorrhoischen Arthritis, wie auch als ein diagnostisches Mittel zur Unterscheidung dieser Arthritis von ähnlichen Erkrankungen angesehen werden. Sie wirkt schmerzstillend, und die erhöhten Temperaturen gehen allmählich zur Norm herunter. Die erhöhten Temperaturen bei dem chronischen Tripperrheumatismus sind nicht als eine Kontraindikation der Vakzinotherapie anzusehen. Zu den unangenehmen Nebenerscheinungen dieser Behandlung gehören Darmstörungen, welche bisweilen auftreten. Zur Wiederherstellung der Gesundheit sind 8—20 Injektionen der polyvalenten Gonokokkenvakzine nötig, wobei man mit kleinen Dosen (0,2 bis 0,8 ccm) der Vakzine beginnen und allmählich auf die größeren Dosen (0,8—2 ccm Vakzin) übergehen muß, die in 4—7tägigen Intervallen einzuspritzen sind.

Arthur Jordan-Moskau.

Arthigon bei blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von IGNAZ FARKER-Budapest. (Centralbl. f. d. ges. Ther., 1913, Nr. 2.) Bei akuten Fällen kann die Behandlung am ersten oder zweiten Tage mit 0,5 Arthigon begonnen werden. Die Anschwellung läßt nach, so daß bei dreitägiger Dosissteigerung bis auf 1—2 ccm die Behandlung fortgesetzt werden kann. Es genügen 5—6 Impfungen, um das Gelenk gänzlich zu heilen und das Zurückbleiben von Steifigkeiten zu verhüten. Bei den subakuten und chronischen Fällen ist der Erfolg nicht mehr so auffallend. Die Heildauer ist langwieriger und beträgt 16—30 Tage. Bei jedem alten Falle nehmen wir eine 1 ccm-Probeinjektion vor, und machen sich keine Temperaturzunahmen (0,1—0,2° C) bemerkbar, so beginnen wir mit der Vakzinebehandlung überhaupt nicht. Die Vakzinebehandlung ist hauptsächlich bei akuten Nebenhodenentzündungen und Prostataentzündungen, kurz dort am Platze, wo der blennorrhoische Prozeß in geschlossenen Höhlungen vor sich geht. Auch bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen waren Erfolge zu erzielen.

Chrzelitzer-Posen.

Gonokokkenvakzine als Diagnostikum, von LONDON. (Amer. Journ. of Surg., Nov. 1912.) Bei subkutaner Injektion von 50—100 Millionen abgetöteter Gonokokken entsteht eine der allgemeinen Tuberkulinreaktion ähnliche Allgemeinreaktion mit Schmerzen am Orte der Infektion, z. B. Gelenke, Prostata usw., und Fiebersteigerung. Eine lokale Reaktion wird erzeugt durch intradermale Injektion einer Kochsalzsuspension von 50 bis 100 Millionen toter Gonokokken; gewöhnlich genügen hierzu wenige Tropfen. In ungefähr 24 Stunden entsteht als positiver Ausschlag der Reaktion eine rote zentrale Papel, umgeben von einem weniger geröteten Hof, der bis zu 7 cm im Durchmesser messen kann. Wenngleich in einer Reihe von Fällen die Resultate nicht verwertbar waren, weil einerseits viele Fälle nach vorhergegangener langer Behandlung kaum reagieren und andererseits bei wiederholter Injektion anaphylaktische Erscheinungen eine Reaktion vortäuschen können, so hat doch der positive Ausschlag der Hautreaktion in so zahlreichen Fällen mit dem positiven Gonokokkenbefund übereingestimmt, daß Verfasser die Methode empfehlen zu können glaubt. W. Lehmann-Stettin.

Tripperrheumatismus bei Rheumatikern, von JEAN DARDEL-Aix-les-Bains. (Med. Record, 25. Jan. 1913.) Verfasser macht darauf aufmerksam, daß Patienten mit arthritischer Diathese häufiger beim Tripper Gelenkaffektionen zeigen als andere, daß es sich dabei sehr wohl um die Lokalisation von Gonokokken in den Gelenken handeln kann, daß andererseits aber Rückfälle des Rheumatismus zufällig den Tripper komplizieren können, und daß es schließlich Mischformen gibt, deren Charakter im einzelnen Falle

Digitized by Google

oft schwer zu bestimmen ist. Er verbreitet sich über die einzelnen Formen der Behandlung, über die Notwendigkeit kombinierter Behandlung und macht besonders (neben Injektionen von Vakzine) auf die Heißluftbehandlung und den günstigen Einfluß von Bädern (Aix-les-Bains) aufmerksam. W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der blennorrhoischen Ophthalmie mit Gonokokkenvakzine, von W. K. Mittendorf-New York. (Med. Record, 8. März 1913.) Mit Injektionen käuflicher Gonokokkenvakzine, als Unterstützung der Lokalbehandlung, hat Verfasser in neun mitgeteilten Fällen ein so rasches Zurückgehen der Lidschwellung und ausgesprochene Verminderung der Absonderung gesehen, daß er eine ursächliche Beeinflussung annimmt. In einem einzigen Falle waren in der zweiten Woche noch Gonokokken nachweisbar.
W. Lehmann-Stettin.

Conjunctivitis blennorrhagica metastatica, von P. Savy und Genet. (Lyon méd., 1913, Nr. 12.) Beschreibung von drei Fällen, bei denen es im Verlaufe eines Trippers zu einer Konjunktivitis kam. In einem Falle zu wiederholten Malen. Gonokokken wurden im Sekret nicht gefunden. Verfasser glauben trotzdem, daß es sich um eine metastatische blennorrhoische Konjunktivitis handle. Richard Frühwald-Leipzig.

Epididymotomie; ein Wort für eine rationelle Behandlung der Epididymitis, von Robert M. Culler-Honolulu. (Journ. amer. med. assoc., 8. Febr. 1913.) Wird die Epididymitis von der blennorrhoischen Infektion befallen, so bildet sich ein Abszeß, der sich gewöhnlich auf einen kleinen Herd beschränkt und im weiteren Verlauf der Erkrankung meist resorbiert wird. Dies Endresultat soll jedoch nicht abgewartet werden, sondern der Eiterherd soll wie jeder andere chirurgisch behandelt werden, d. h. durch Inzision und Dränage. Hagner in Washington lenkte zuerst die Aufmerksamkeit auf die ausgezeichneten Resultate der Epididymotomie. Culler hat die Technik vereinfacht und erklärt, nachdem er eine Serie von 16 Fällen sowohl beginnender als auch vorgeschrittener Epididymitis blennorrhoica operiert hat, daß jede andere Behandlungsart unwissenschaftlich und irrationell ist und einen Kompromiß mit der Ignoranz bedeutet. Die Operation geschieht in Narkose und dauert etwa zwei Minuten. Ihr Ziel ist, den Eiter oder das Exsudat zu entleeren. Ihre Hauptvorzüge bestehen in dem plötzlichen und dauernden Verschwinden der Schmerzen, dem raschen Rückgang der Entzündung, der schnellen Wiederherstellung des Patienten, ohne einen Rückfall befürchten zu müssen. Bei den wegen doppelseitiger Epididymitis doppelseitig operierten Kranken erwartet Verfasser eine spätere Sterilität weniger als bei den nach der bisher meist üblichen konservativen Methode Behandelten. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung mit Virusvakzine von Besredka, von Cruveillier. (Bull. méd., 1913, Nr. 34.) Verfasser hat ausgezeichnete Resultate erzielt. Die Schmerzen, die entzündlichen und die allgemeinen Erscheinungen verschwanden, die infiltrierten Knoten dagegen blieben bestehen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Leopold Lilienfeld und James Cohn, Berlin. (Med. Klinik, 1913, Nr. 7.) Die Versuche, die Blennorrhoe abortiv zu behandeln, haben ebensoviel begeisterte Anhänger als energische Widersacher gefunden. Die Verfasser berichten über ihre Erfahrungen: 1. Kontraindikation ist jede Komplikation; 2. Indikation: Nachweis von Gonokokken, die zum Teil noch extrazellulär liegen, Zeichen der ersten Entzündung der Urethra anterior, mehr schleimig-eitriges als rein eitriges Sekret; Zeit nach der Infektion nicht mehr als acht Tage und nach den ersten Symptomen 24—48 Stunden. Als erfolgreiche Abortivkur bezeichnen die Verfasser diejenige, nach der die Patienten nach drei Tagen gesund (nicht nur gonokokken-

Digitized by Google

frei) waren. Sie erzielten unter 95 Fällen in 45 Fällen solche Heilung durch folgendes Vorgehen: Am ersten Tage drei Injektionen hintereinander von 8 ccm einer 4%igen Protargollösung, der eventuell einige Tropfen einer 1%igen Alypin. nitr.-Lösung beigesetzt waren, Dauer vier Minuten. Am zweiten und dritten Tage dasselbe Verfahren mit einer 5%igen Protargollösung. Die Injektionen wurden von den Verfassern selbst gemacht. Die Versuche mit Hegonon, das sich sonst als gutes Mittel bewährt hat, sind noch nicht abgeschlossen. Die Versuche mit Argent. nitr. und Albargin 4‰ mißlangen, während selbst bei den 50, nicht in drei Tagen geheilten Fällen eine große Abkürzung der Dauer stattfand. Lasch-Breslau.

Bemerkungen zur Behandlung des Trippers beim Manne, von Markon. (Praktitscheski Wratsch, 1913, Nr. 11, S. 167.) Markon, Assistent am klinischen Institut der Großfürstin Helene Pawlowna zu Petersburg, hebt in seinen Bemerkungen zur Behandlung des Trippers beim Manne folgende Punkte hervor: eine nicht gonokokkenhaltige Urethritis, auf die er in den Lehrbüchern von Scholtz näher eingeht, ist gar nicht so selten. Sie kann schnell, allein unter Urotropin schwinden und kann andererseits auch Jahre andauern. Dagegen gibt es keine chronische Blennorrhoe, welche mit Morgentropfen, Fäden und mikroskopisch nachweisbaren Gonokokken jahrelang anhält. Unter richtiger Behandlung des Trippers mit Silberlösungen, am besten Protargol (1/4—2%), Albargin (1/10—1/4%) und Ichthargan (1/100—1/10%), die zur Einspritzung resp. zu Spülungen mittels Druckspritze, wozu sich am besten Albargin (1 : 1000) eignet, benetzt werden müssen, gelingt es bei unkomplizierter Blennorrhoe in 3—4 Wochen die Gonokokken zum Schwinden zu bringen. Nachbleibende Fäden haben bei Fehlen von Gonokokken keine Bedeutung. Von den Balsamika empfiehlt M. das Santyl und Blenal zur Unterstützung, besonders bei Übergang auf die hintere Harnröhre.

Die Urethroskopie hat eine große Bedeutung für die Diagnose, aber nur eine geringe für die Therapie des Trippers. Arth. Jordan-Moskau.

Tripperbehandlung, von Harrison und Harold. (Journ. of the Royal Army Med. Corps, Okt. 1912.) Verfasser haben die Beobachtungen Schindlers an einer Reihe von Fällen bestätigt gefunden, daß Atropin Epididymitis verhindern kann. Ebenso glauben sie, daß Gonokokken-Vakzine in manchen Fällen imstande ist, Komplikationen hintanzuhalten, auch wenn der eigentliche Prozeß in der Harnröhre nicht direkt dadurch beeinflußt wird; sie glauben, daß die antibakterielle Kraft der Gewebe bzw. Gewebssäfte dadurch erhöht wird. W. Lehmann-Stettin.

Kausale und symptomatische Behandlung blennorrhoischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer, von Philipp Erlacher-Graz. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Verfasser hat Versuche angestellt mit der Gonokokkenvakzine Menzer (erhältlich in der Adlerapotheke in Halle a. S., 10 ccm = 3 M.) und hebt folgende Vorzüge des Präparates hervor: 1. Es wirkt nicht nur heilend bei abgeschlossenen blennorrhoischen Prozessen, sondern auch bei blennorrhoischer Urethritis. 2. Es ist ein sicheres Diagnostikum, ob ein Tripper wirklich geheilt ist; bei nur scheinbarer Heilung wird der Tripper wieder akut mit positivem Gonokokkenbefund nach den Vakzineinjektionen. 3. Es ist frei von jeder Nebenwirkung. 4. Es gibt keine Kontraindikation. Franz-Dresden.

Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen mit Neosalvarsan, von Jules Janet und Alfred Lévy-Bing. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 21.) Die Verfasser versuchten, gestützt auf die gelegentlich intravenöser Neosalvarsaninfusionen von anderen Autoren konstatierten Besserungen der Blennorrhoe, das Neosalvarsan auf lokalem Wege in Form großer Spülungen zu verwenden. Bei Toleranzversuchen ergab sich, daß sogar

Digitized by Google

eine zweiprozentige wäßrige Neosalvarsanlösung, ohne zu reizen, vertragen wurde. Es wurden nur Blennorrhoen bei Frauen behandelt. Bei Urethralblennorrhoe wurde die Urethra und Blase mit dem Irrigator ausgespült (täglich ein Liter in zwei Portionen, der Verfasser macht keine Angabe über die Konzentration der Lösung. Der Ref.) oder die Urethra mit in zweiprozentige Neosalvarsanlösung getauchter Watte ausgetupft. Nach acht Tagen konnten keine Gonokokken mehr nachgewiesen werden. Bei Ergriffensein der Vagina und der Zervix wurden Spülungen vorgenommen, auch ein mit der Lösung imprägnierter Tampon zurückgelassen, Zervixulzerationen wurden mit $^1/_{10}$ Neosalvarsansalbe behandelt. Die Lösung muß natürlich immer frisch hergestellt werden. Männer wurden noch nicht behandelt. Ganz besonders eklatante Resultate scheint das Neosalvarsan bei Komplikationen der Blennorrhoe zu geben. Die Verfasser teilen zum Beweise folgende Krankengeschichte mit: Ein 28jähriger Mann bekam im Verlaufe einer Blennorrhoe eine Myositis der Beugemuskeln des Vorderarms. Zu gleicher Zeit wurde im Sulkus eine kleine Sklerose entdeckt, welche Spirochäten enthielt. Die Wassermannsche Reaktion (Antigen mit Cholestearinzusatz) war negativ. Darauf bekam der Kranke 0,3 Neosalvarsan. Zwei Tage nach der Injektion waren die ganz erheblichen Schmerzen der Kranken verschwunden und die Schwellung des Armes vermindert. Zwei Tage nach einer weiteren Injektion von 0.6 Neosalvarsan war der Arm wieder vollständig normal. Auch die Blennorrhoe heilte vollständig ab, obwohl dieselbe nicht mehr lokal behandelt wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Vorläufige Mitteilung über die Nervenendigungen der Haut und Schleimhaut der Zunge und des weichen Gaumens beim Krokodil, von R. Hulanicka-Lemberg. (Anat. Anzgr., 1913, Bd. 43, H. 12 u. 13.) In einer vorläufigen Mitteilung bringt Hulanicka einige sehr detaillierte Mitteilungen über die Nervenendigungen und Tastkörperchen in der Haut und Schleimhaut der Zunge und des Gaumens bei Krokodilen. Der Verfasser hatte eine Anzahl von Krokodilen resp. Alligatoren (elf) zur Verfügung von 25—110 cm Länge, und es ist sehr interessant, daß es ihm gelungen ist, bei jungen Tieren Tastapparate mit bloßem Auge wahrnehmen zu können und das allmähliche Verschwinden derselben mit höherem Alter zu beobachten. Auf die feinen anatomisch-histologischen Details kann ich an dieser Stelle, zumal bei einer vorläufigen Mitteilung, nicht eingehen und muß auf das Original verweisen. Lasch-Breslau.

Der gegenwärtige Stand der Pigmentfrage, von E. Meirowsky-Köln a. Rh. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, H. 1.) Der auf diesem Gebiete sehr bewanderte Verfasser entdeckte das Phänomen der Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut. Er bewahrte normale menschliche Haut bei hoher Temperatur in einer feuchten Kammer auf, es bildete sich in intensiver Weise echtes melanotisches Pigment. Da dieser Vorgang nur auf eine Tätigkeit in den Zellen der Epidermis zu beziehen ist, so folgt daraus, daß die Pigmentbildung in der Epidermis erfolgt, und zwar unabhängig von der Kutis und vom Blutfarbstoff. Ebenso entsteht nach der Ansicht des Verfassers das Kutispigment in der Kutis selbst und wird nicht etwa aus der Epidermis dorthin transportiert. Die Muttersubstanz des Pigmentes ist nicht das Hämoglobin, sondern Meirowsky hält eine Kernsubstanz dafür, welche sich mit Pyronin rot färbt und die er einem Vorschlage Eugen Albrechts folgend als pyrenoide Kernsubstanz bezeichnet. Überall, wo es zur Pigmentierung kommt, geht dieser eine Vermehrung der pyrenoiden Substanz im Kern voraus. Von hier fließt sie in die Kernmembran, den Kern und schließlich ins Protoplasma über, wo sie in Gestalt kugeliger oder verschieden geformter Gebilde

Digitized by Google

erscheint. Diese primären pyroninroten Gebilde zeigen häufig am Rande eine deutliche Pigmentierung, während das Zentrum noch rot ist. Allmählich treten Pigmentformen auf, die keine rote Substanz mehr erkennen lassen, in ihrer Form jedoch der pyrenoiden Kernsubstanz entsprechen. Schließlich zeigt das Pigment nicht sofort seinen endgültigen Farbenton, sondern alle Nuancen von der pyrenoiden Kernsubstanz bis zum tiefen Schwarz. Bei der Pigmentbildung spielen fermentative Vorgänge eine große Rolle. Beim Zusammenbringen von Pyrosin mit einer Oxydase kommt es zur Bildung eines pigmentähnlichen Körpers. Dieses künstliche Melanin unterscheidet sich nicht von einem natürlichen Melanin. MEIROWSKY gelang es aus der Haut eine fermentartige Flüssigkeit herzustellen, die auf Zusatz von Adrenalin resp. Epirenan die Ausfällung eines schwarzen Farbstoffes gab. Durch Versuche an Kaninchen klärte auch Verfasser die Frage des Rücktransportes des Pigmentes, er konnte beweisen, daß normalerweise das in der Epidermis liegende und in ihr gebildete Pigment die Epidermis auf dem Wege des Lymphstromes verlassen und in die regionären Lymphdrüsen transportiert werden kann. Daß zwischen Haut und Nebennieren Beziehungen bestehen, wissen wir aus dem Symptomenkomplex des Morbus Addisonii. Nach Ansicht des Verfassers vermögen die erkrankten Nebennieren die Abbauprodukte der Eiweißsubstanzen aus der Epidermis nicht weiter zu verarbeiten, es müssen jene Substanzen, die den Propigmenten analog sind, in der Epidermis verbleiben und werden hier durch die massenhaft vorhandenen Oxydasen in Pigment umgewandelt. Die physiologische Bedeutung des Pigmentes ist in erster Linie in der Schutzwirkung gegenüber den eindringenden Lichtstrahlen zu suchen. Neuerdings wird jedoch auch die Auffassung vertreten, daß das Pigment die Wärmestrahlen aufspeichert resp. die Licht- in Wärmestrahlen umsetzt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die Beziehungen zwischen Licht und Hautfarbstoff, von F. B. SOLGER-Rostock. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, H. 1.) Die vorliegende Studie gipfelt in folgenden Leitsätzen: Eine durch Selektion erworbene Disposition bedingt den Grad von allgemeiner Hautpigmentierung, der bei einzelnen Arten, Rassen und Individuen großen Schwankungen unterworfen ist. Der Farbstoff der Haut, das Melanin, wird aus dem Säftestrom des Organismus von bestimmten Epidermiszellen produziert (dies stimmt mit dem von MEIROWSKY entdeckten Phänomen der Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut nicht überein. D. Ref.). Über die Norm gesteigert wird die Hautpigmentierung: 1. durch äußere Reize (ultraviolette Strahlen, Druck, Reibung, Entzündung); 2. durch eine Reflexwirkung von einem Zentrum des Nervensystems bei Schwangerschaft, Malaria, Syphilis, Krebskachexie, Bronzekrankheit, Osteomyelitis, Tuberkulose. In hohem Grade verstärkt werden die äußeren Reize durch sensibilatorisch wirkende Körper, die in den Säftekreis gelangen, wie Chinin, Eosin, Oxalsäure, Fagopyrin und Fluoreszin. Sie verstärken die den Körper treffende Lichtquelle durch Umwandlung langwelliger Strahlen in kurzwellige, ultraviolette. Da das Melanin diese ultravioletten toxischen Strahlen absorbiert, so ist es als ein Schutzapparat gegen diese toxischen Strahlen aufzufassen. Aus diesem Grunde ist die dem Licht zugewandte Körperseite stärker pigmentiert, als die dem Lichte weniger ausgesetzte Bauchseite.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Mikroskopische Technik.

Über einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken-, Pilz- und Spirochätenfärbung, von E. KLAUSNER-Prag. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Verfasser hat durch eine kleine Modifikation die Anilinwassergentianaviolettmischung monatelang

Digitized by Google

haltbar machen können. Die Lösung ist als „Haltbarer Gramfarbstoff" bei Grübler zu beziehen. Er ist auch gut geeignet für Pilzfärbung in Hautschuppen und für Spirochäten.

H. Lautsch-Graudenz.

Bakteriologie.

Über die Anwesenheit von säurefesten Bazillen im zirkulierenden Blut, von O. Faginoli-Catania. (Riforma med., 1913, Nr. 10—11.) Dermatologisch interessant ist der Befund von säurefesten Bazillen, die Verfasser als Tuberkulosebazillen anspricht, in der Flüssigkeit der Blasen eines Herpes zoster bei einem Lungentuberkulösen.

K. Rühl-Turin.

Neues zur Technik der Sporen- und Gonokokkenfärbung, zugleich Mitteilungen über milzbrandähnliche und wandernde Erdbazillen, von Ludw. Bitter-Kiel. (Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 68, H. 2.) Von den zahlreichen, im Laufe der Jahre angegebenen Sporenfärbungsmethoden war das Verfahren von Möller, der jenes von Neisser bzw. Hansen durch Vorbeizung der Präparate mit konzentrierter Chlorzinkjodit- oder besser 5%iger Chromsäurelösung modifizierte, das zuverlässigste. Bitter wiederum möchte dieses Möllersche Verfahren durch Weglassung der gefährlichen Entfärbung (mit Schwefelsäure oder Salzsäurealkohol) noch besser gestalten und kommt, kurz ausgedrückt, zu folgender Technik: 1. Vorbehandlung des unfixierten Objektträgerausstriches 10 Minuten lang mit Formalin (was wegfällt, wenn das Sporenmaterial in einer 4—5%igen Formalinlösung aufbewahrt wurde; in diesem Falle muß jedoch in der Flamme fixiert werden). 2. Kräftiges Abspülen in fließendem Wasser und Kochen. 3. Färbung mit der alkalischen Methylenblaulösung unter mehrmaligem kräftigem Aufkochenlassen drei Minuten lang. 4. Abspülen in fließendem Wasser und Trocknen. 5. Nachfärbung mit Safranin oder Bismarckbraun drei bis fünf Minuten. 6. Abspülen in Wasser und Trocknen. Bei fortgesetzten Versuchen hat sich B. statt (Nr. 3) einfach alkalischer Methylenblaulösung Ammoniakmethylenblaulösung noch besser bewährt. Will man lieber rote Sporen und blaue Bazillen haben (wie bei der reinen Möllerschen Methode), so verwendet man die Farbstoffe umgekehrt, d. h. man färbt mit alkalischer Safraninlösung vor und mit Methylenblau nach; wenn auch im allgemeinen blaue Sporen im roten Stäbchen sich besser abzuheben und Mißerfolge bei letzterer Art viel seltener zu sein scheinen. B. bespricht nun weiterhin die Wege resp. besten Nährböden, welche man zur Erzielung von gut färbbarem Sporenmaterial wählen muß, und zwar für folgende Arten von Sporenträgern: 1. die anaeroben Bazillen des Tetanus, Rauschbrandes, malignen Ödems der Wurstvergiftung, 2. Milzbrandbazillus, 3. wurzelförmiger und hirnwindungsartiger, 4. wandernder Erdbazillus, 5. Heu- und 6. Kartoffelbazillus. Ohne auf Einzelheiten bezüglich der verschiedenen Züchtungsmethoden eingehen zu wollen, sei nur auf die große praktische Bedeutung hingewiesen, welche der hirnwindungsartige Erdbazillus — der Name stammt von R. Koch — dadurch haben kann, daß er bei Untersuchung von auf Infektionserreger zu prüfendem Material zur Verwechslung mit Milzbranderregern führen könnte, abgesehen von seinem konstanten Vorkommen in den oberen Erdschichten und dem charakteristischen Aussehen seiner Kolonien auf Gelatine (bei schwacher Vergrößerung). Vielleicht ermöglichen diese verfeinerten Färbungsmethoden, sporogene Gebilde auch bei anderen, wie Diphtherie-, Pseudodiphtherie-, Xerose-Bakterien — so hoffte B. — einmal nachweisen zu lassen.

Stern-München.

Über die Kultur der Spirochaeta pallida (Schaudinn) und ihre Verwertbarkeit in der Syphilidologie, von Dalla Favera. (Morgagni, 15., 20. und 25. Februar 1913.)

Digitized by Google

Eine detaillierte Darstellung sämtlicher bis jetzt geübten Verfahren der Spirochaetenzüchtung und der Noguchischen Luetinreaktion. Ausführliches Literaturverzeichnis.
A. Gunsett-Straßburg.

Hygiene.

Über unsichtbare Schutzmittel gegen Veränderungen der Haut durch Licht, von C. Mannich-Göttingen. (Ther. Monatsh., Februar 1913.) Um die die Haut schädigenden ultravioletten Strahlen abzuhalten, sind vielfache Versuche gemacht und Präparate empfohlen worden. Es hat sich besonders gezeigt, daß zahlreiche Kumarinderivate ein außerordentliches Absorptionsvermögen für ultraviolettes Licht besitzen, das noch größer wird, sobald der Kumarinkern durch Hydroxyl, die Aminogruppe, Karboxyl, Phenyl ein- oder mehrfach substituiert ist; von diesen nun so chemisch eingewanderten Stoffen galten als hervorragend die β-Methylumbelliferron- und die β-Umbelliferronessigsäure, welche unter dem Namen Zeozon bzw. Ultrazeozon im Handel sind. Sie gewähren gegen das Licht der Sonne und der Quecksilberlampe einen weitgehenden Schutz.
Chrzelitzer-Posen.

Prostitution in Japan, von Douglas C. Mc Murtrie-New York. (New York med. Journ., 8. Februar 1913.) Nach einer historischen Darstellung des Prostitutionswesens in Japan beschreibt Verfasser die für das ganze Land typischen Verhältnisse in Yokohama. Es ist hier die strenge Reglementierung und Kasernierung eingeführt und die Bordells, welche sanitätspolizeilich überwacht werden, sind auf eine gewisse Stadtgegend beschränkt resp. auf eine zirka 1 Meile lange Straße, die zu beiden Seiten mit den Freudenhäusern besetzt sind. An vielen Häusern findet sich eine Tafel mit den Abbildungen der verschiedenen Insassen und den resp. Preisen, die sie beanspruchen. In den übrigen Teilen der Stadt sind solche Häuser streng verboten, ebenso wie das Umherströmen und öffentliche Locken von seiten der Dirnen. Eine spezielle Art von Freudenmädchen bilden bekanntlich die Geishas, die öffentlichen Tänzerinnen, welche nicht immer unmoralisch sind, die aber durch die Art ihres Berufes und ihrer Lebensweise meist auf die Wege des Lasters getrieben werden, andererseits nicht selten noch zu ganz soliden Ehen kommen. Im allgemeinen scheint sich das System der Reglementierung für japanische Verhältnisse völlig bewährt zu haben; ob es für andere Länder zweckdienlich ist, möchte Verfasser als offene Frage ansehen.
Stern-München.

Die „Munizipalklinik" von San Francisco, von Julius Rosenstirn-San Francisco, Cal. (Med. Record, 15. März 1913.) Seit etwa zwei Jahren ist in San Francisco der Versuch einer gesundheitlichen Kontrolle der Prostituierten gemacht worden. Mitten in dem Distrikt, in dem die Mehrzahl der Prostituierten zu wohnen pflegt, sind Untersuchungsräume eingerichtet worden, woselbst sich nach polizeilicher Verordnung jede Prostituierte alle 5 Tage untersuchen lassen muß. Die Verfolgung der nicht kontrollierten Prostitution geschieht durch polizeiliche Maßnahmen ganz ähnlich wie in Europa. Die sanitäre Kontrolle, die gesundheitliche Unterweisung in ausgedehnter Form in sich schließt, ist nach den Ausführungen des Artikels eine sehr genaue und hat bisher insofern gute Resultate zu verzeichnen, als anscheinend die Prostituierten sich nicht der Untersuchung zu entziehen suchen, sondern den Vorteil derselben einsehen und in immer größerer Zahl die „Klinik" aufsuchen. Das „Untersuchungsamt" erhält sich selbst durch die von den Prostituierten zu leistende Bezahlung für jede Untersuchung. Der ausführliche Artikel, der Reproduktionen der Registrierkarten, aufklärende „Merkblätter" usw. enthält, ist von verschiedenen Gesichtspunkten aus sehr interessant zu lesen. Das für europäische Begriffe zweifellos interessanteste ist, daß die ganze Institution augenblicklich unter der

Digitized by Google

Kontrolle eines „Komitees" funktioniert, ohne daß die jetzige Stadtverwaltung (die in Kalifornien alle zwei Jahre durch allgemeine öffentliche Wahl wechselt) die von der früheren eingerichtete Institution übernommen hätte. W. Lehmann-Stettin.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten und Anzeigepflicht der Syphilis in den skandinavischen Staaten, von Balzer. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et mor., 1913, Nr. 2.) Verfasser bespricht die Maßregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit dem Erfolg, den der Sieg der abolitionistischen Ideen in Norwegen und Dänemark gezeigt hat. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Notwendigkeit einer obligatorischen Einführung der Blutuntersuchung nach Wassermann bei der Kontrolle der Prostituierten und deren Bedeutung für die allgemeine Prophylaxe der Syphilis, von M. Müller-Metz. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.) Zum Beweise für die Wichtigkeit der Serodiagnose führt M. seine Erfahrung an, daß ihm im Laufe von drei Monaten nicht weniger als vier Kontrollmädchen, welche bei der polizeilichen Untersuchung als gesund gefunden worden waren, als Infektionsquelle bezeichnet wurden, und die Richtigkeit der Angabe durch die daraufhin ausgeführte Wassermann-Probe bestätigt wurde. Verfasser fordert deshalb die allgemeine Durchführung der Blutprobe bei den öffentlichen Mädchen und bei positivem Befund naturgemäß auch entsprechende Behandlung. Bei Fällen, wo nachweislich die Infektion fünf Jahre zurückliegt, mag von zwangsweiser Behandlung abgesehen werden, da solche alten Fälle bekanntlich nicht als weiter infizierend anzusehen sind. Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Neoplasmen der Haut, von Karl Herxheimer und Willy Schmidt. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere von Lubarsch und Ostertag, 1912, 16. Jahrgang. (Bergmann-Wiesbaden.) Die Höhe der Lubarsch-Ostertagschen Ergebnisse spiegelt sich wieder in dem vorliegenden Herxheimer-Schmidtschen Bericht über die Neoplasmen der Haut. Welche Fülle von Arbeit ist während der verflossenen Dezennien auf diesem reizvollen Gebiet geleistet worden und welche Arbeit bedeutet ein so abgeschlossenes, übersichtliches Referat! Das größte Interesse beansprucht das Karzinomkapitel. Nicht weniger als 139 Verfasser, die einzelnen vielfach in mehreren Arbeiten, haben das schwierigste Problem von den verschiedensten Seiten behandelt.

Die Verfasser referieren streng objektiv. Dem aufmerksamsten Leser gelingt es kaum, zwischen den Zeilen die Stellung der Verfasser zu den einzelnen Fragestellungen zu erraten, wüßte er nicht, wie reich das Lebenswerk des einen von ihnen mit Weigerts Ideengang verknüpft ist.

Nur ein Zufall kann es sein, daß die Geschwulstbeiträge in der Unna-Festschrift keine Beachtung fanden. Bei dem Neurofibrom hätte die überaus wichtige aus Kretes Institut hervorgegangene Arbeit nicht fehlen sollen. Delbanco.

Experimentelle Studien über die Zellreaktion nach Freund-Kaminer bei Ratten, von K. Ishiwara-Tokyo. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Nach Versuchen, die Verfasser im serotherapeutischen Institut von R. Paltauf in Wien gemacht hat, geht hervor, daß die genannte Reaktion bei bestehendem Tumor fehlen kann. Sehr häufig konnte eine typische Reaktion im Blutserum erst festgestellt werden, nachdem der Tumor ein gewisses Alter erreicht hatte. Daraus würde sich ergeben, „daß die Zellreaktion erst relativ spät bei Ratten im Blutserum auftritt und mit der Größe des

Digitized by Google

Tumors in einen Zusammenhang gebracht werden dürfte". Weitere Versuche machten es wahrscheinlich, „daß die Zellreaktion wenigstens bei Tieren etwas Erworbenes ist und abhängig ist direkt vom Tumor selbst. Mit dem wachsenden Tumor tritt die Reaktion auf, mit dem Verschwinden des Tumors wird sie negativ". W. Lehmann-Stettin.

Experimenteller Beitrag zur Frage der „Idiosynkrasien", von A. Glück-Breslau. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 14.) Die von Bruck u. a. nachgewiesene Übertragungsmöglichkeit der Überempfindlichkeit einzelner Patienten gegenüber gewissen Medikamenten auf Tiere, insbesondere Meerschweinchen, hat Verfasser bei je einem Fall von Neosalvarsan- Kawa-Santal- und Primelidiosynkrasie geprüft. Das Blutserum der betreffenden idiosynkrasischen Patienten wurde in Mengen von je 5 ccm Meerschweinchen injiziert, ohne daß eine Übertragung der Überempfindlichkeit gelang.

W. Lehmann-Stettin.

Der Einfluß der intravenösen Sublimatinjektionen auf die Schutzstoffe des Organismus, von Lajos Kalledey-Budapest. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 68, H. 3/4) Die Untersuchungen K.s wurden veranlaßt durch die guten Wirkungen, welche an der Klinik Barsonys bei fiebernden Kranken und Wöchnerinnen durch die intravenösen Sublimatinjektionen erzielt wurden, und führten zu dem Schlusse, daß dieselben die Schutzkörper des Organismus deutlich beeinflussen. Nach einer kurzen negativen Phase — an dem Tage nach der Injektion auftretende kleine Verminderung der Schutzstoffe — stellt sich eine längere und intensivere positive Phase (Vermehrung der Schutzstoffe) ein. K. kann auch die Befunde früherer Beobachtungen bestätigen, daß das Sublimat, intravenös injiziert, auf die molekulären Bestandteile des Blutes nicht destruierend wirkt, sondern dieselben im Gegenteil immer vermehrt, und zwar gleichgültig, ob 3 oder 5 mg injiziert wurden. Über den Ursprung dieser Schutzstoffe konnte K. keine Aufklärung bekommen, aus der Tatsache aber, daß auf denselben Reiz sämtliche Schutzstoffe gleichmäßig reagieren, schließt er, daß ihre Quelle gemeinsam ist und daß mit der Vermehrung eines Schutzkörpers auch die anderen sich vermehren, demnach die intravenöse Sublimatinjektion bei jeder Infektionskrankheit begründet ist. Stern-München.

Beitrag zu anatomisch-pathologischen Hautveränderungen unter Chrysarobinwirkung, von W. Kopytowski. (Medycyna, 1912, Nr. 45.) Als Untersuchungsmaterial diente dem Verfasser die gesunde menschliche Haut, welche er mit Chrysarobinsalbe (10%ig) 2, 3 bis 4 Tage reizte, und kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Chrysarobin erzeugt 1. eine Parakeratose, wobei sich die Kerne sepiabraun färben, 2. eine proliferierende Wirkung des Stratum cylindricum, 3. ein Wachstum und Hineinwachsen des Gefäßendothels in die Zylinderzellenschicht und die unteren Schichten des Stratum spinosum, 4. einen Zerfall der Pigmentzellen der Papillarschicht und im oberen Teile der Cutis propria; das befreite Pigment wandert zwischen die Zellen des Stratum germinativum, löst sich auf und verschwindet gänzlich im mittleren Teile des Stratum spinosum, 5. erzeugt endlich eine Gefäßerweiterung der Papillarschicht, speziell aber im oberen Teile der Cutis propria, und 6. eine lymphotaktische Wirkung (einkörnige Leukozyten) mit Infiltraten in der Papillarschicht und den oberen Schichten der Cutis propria. H. Rosmarin-Lemberg.

Über neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten durch Blutverbesserung, von Heuck-Bonn. Antrittsvorlesung. (Bonn, Universitätsbuchdruckerei, 1913.) H. bespricht die „Blutwaschung" nach Bruck, welche Giftstoffe verdünnen und aus dem Gewebe in die Blutbahn und von da zur Ausscheidung durch die Nieren bringen soll, eine Methode, mit der er selbst bei Hautkrankheiten noch keinen dauernden Erfolg erzielt hat. Ferner die kochsalzarme Diät: Diese geht von der Annahme aus, daß schon bei normaler Diät sich NaCl in der Haut ablagern könne und Retention der zu ihrer

Digitized by Google

Lösung nötigen Wassermenge veranlasse. Diese Retention gebe dann den Anreiz zu Hautkrankheiten, besonders urtikariellen. Diese Methode hat nur bei übererнährten Säuglingen in Form der FINKELSTEINschen Entsetzungsdiät günstig gewirkt.

Größere Hoffnungen setzt H. auf die Behandlung mit Menschenserum, wie sie zuerst bei Schwangerschaftsdermatosen mit Erfolg angewandt wurde, ohne jedoch über eigene Erfahrungen zu berichten. Werther-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Weitere Bemerkungen über Prostitution in Japan, Aufhebung des Sklavensystems; historische Entwicklung des Yoshiwara; unerlaubte Prostitution; ärztliche Aufsicht und Statistiken; Gesetzesvorschriften, von DOUGLAS C. MC MURTRIE-New York. (New York med. Journ., 12. Juli 1913.) Die absolute Sklaverei der Prostituierten ist erst im Jahre 1872 in Japan aufgehoben worden, und zwar interessanterweise mehr durch Zufall wie auf irgend einen allgemeinen Volkswunsch hin. Aus den weiteren historischen Daten sei hervorgehoben eine Petition der Bordellinhaber von Yeddo (Tokio) vom J. 1612, worin um Schaffung eines speziellen, nur hierzu bestimmten Stadtbezirkes gebeten wird; diese Petition ist von Wichtigkeit für die ganze künftige Bedeutung der Yoshiwara (Mädchen der Freude). Nebenbei scheint aber auch die geheime Prostitution in Japan üppig gediehen zu sein, so daß auch hiergegen schon im J. 1722 Verordnungen getroffen wurden. Die ärztliche Aufsicht der Prostituierten ist im Gegensatz zur Reglementierung ganz neuen Datums und völlig nach europäischem Muster durchgeführt. Die Zahl der dortigen Prostituierten soll übrigens eine ganz außerordentlich große sein — ein wohl etwas übertriebener Bericht spricht von 20000 in Japan vorhandenen Freudenhäusern mit 400000—500000 Insassen. Gleich wie in anderen Ländern hat übrigens die Jurisprudenz in Japan so wenig wie möglich von der so schwierigen Frage der Prostitution Notiz genommen. Stern-München.

Verschiedenes.

Aus dem von der **Berliner Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildungskurse** im Anschluß an die Oktober-Ferienkurse veranstalteten Gruppenkurse über Kinderkrankheiten sind hervorzuheben: BENDIX, Exsudative und spasmophile Diathesen. MÜLLER, Klinik und Behandlung der Lues congenita; CASSEL, Akute Exantheme; JOCHMANN, Scharlach; LANGSTEIN, Chronische Albuminurie. Programme versendet Hr. MELZER, Ziegelstraße 10—11.

Die diesjährige Sitzung des **Lupus-Ausschusses** des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose findet im Anschlusse an die XI. internationale Tuberkulose-Konferenz in Berlin am 27. Oktober mit folgendem Programm statt: NIETNER-Berlin, Tätigkeit der Lupuskommission 1912/13; JADASSOHN-Bern, Ektogene und endogene Entstehung des Lupus; LAUTSCH-Graudenz, Radium und Mesothorium in der Lupusbehandlung; JACOBI-Freiburg, Lupusbehandlung mittels Diathermie; Gräfin v. LINDEN-Bonn, Chemotherapie mit Kupferpräparaten und Methylenblau; BRUCK-Breslau, Chemotherapie mit Goldpräparaten und Borcholin.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Oktober 1913 | Nr. 42 | Band 57

Aus der Hautabteilung Jena.

Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtorganismus durch Injektionen von Eigenserum, Eigenblut und Natrium nucleinicum.

Von

Prof. Bodo Spiethoff.

Bei der klinischen Verwendung meiner Eigenserum-Eigenblutbehandlung beobachtete ich Erscheinungen, die sich nicht anders als Umstimmungen der Haut im Sinne einer Herabsetzung der Empfindlichkeit auf äußere Reize deuten ließen. Damit erweitert sich die Indikationsstellung für die Anwendung der Eigenserum- oder Eigenbluttherapie auf Fälle, die während der Behandlung eine besondere Empfindlichkeit gegen chemische Stoffe darbieten, und bei denen deshalb die Abheilung auf große Schwierigkeiten stößt. Wertvoll wird diese Wirkung von Serum oder Blut ganz besonders bei der Ekzembehandlung werden, bei der man bekanntlich nicht selten Fällen begegnet, die auf chemische Stoffe selbst milder Art mit Zunahme entzündlicher Erscheinungen antworten.

Als Beispiel sei folgende Beobachtung angeführt:

Ein 30jähriger kräftiger Mann leidet seit längerer Zeit an einem den ganzen linken Unterschenkel einnehmenden Ekzema rubrum et madidans. Bei Bettruhe und Eichenrindenumschlägen gingen die akuten entzündlichen Erscheinungen zurück, so daß nunmehr die Indikation für ein etwas stärkeres Verfahren vorlag; es wurde 5 %ige Tumenolammonzinkpaste angewendet; sofort trat darauf wieder starkes Nässen und Rötung auf, deshalb Rückkehr zu Eichenrindenumschlägen. Nachdem sich hierunter wieder die entzündlichen Symptome gelegt hatten und bei längerer Fortsetzung dieser Behandlung festzustellen war, daß eine weitere Besserung darunter nicht eintrat, daß die Behandlung auf einem toten Punkt angelangt war, wurde wieder Tumenolpaste angewendet. Darauf dieselbe prompte Verschlimmerung wie das erstemal. Da manche Ekzeme besser reagieren, wenn sie von vornherein mit stärkeren reduzierenden Substanzen ohne die Zwischenstufe milderer Mittel behandelt werden, wurde nach Abklingen der entzündlichen Symptome eine gemischte, eine Anzahl stärker reduzierender Substanzen enthaltende Salbe (Liantral, Lenigallol,

Digitized by Google

Resorzin, Acid. salicyl., Ichthynat āā 0,6, Sapon. virid, Vasel. flav. an. āā ad 30,0) verwendet. Aber auch hiernach, wie nach Anwendung solcher Mittel in Lösung ohne Fettsubstanz, wiederholte sich stets dasselbe Spiel, so daß das Ekzem nicht zur Abheilung gelangte. Röntgen-, Quarzlampenbehandlung änderte auch nichts an dem Zustande. Bemerken möchte ich noch, daß der Patient eine sehr starke Inazidität des Magens hatte, ges. Azidität nur 4 (!!), obwohl er vom Magen aus nichts merkte. Wieder eine Begründung meiner Ansicht, daß man bei gewissen Dermatosen (Ekzem, Pruritus, Urtikaria, symptomatische Erytheme mannigfachster Art, Acne varioliformis, Rosacea c. Acne, manche entzündliche vage Schleimhauterkrankung) nicht oft genug durch ein Probefrühstück den Zustand des Magens untersuchen kann und nicht damit warten soll, bis die Kranken selbst auf das Organ hinweisen. Bei all den Tatsachen, die jetzt über die Sensibilisierung der Haut durch Bakterien und Toxine vorliegen, kann man sich vielleicht auch den Zusammenhang von inneren Störungen, namentlich Stoffwechselstörungen, so vorstellen, daß durch die auf dem Wege einer intestinalen Intoxikation oder aber reinen Autointoxikation gebildeten Toxine die Haut für äußere und innere Reize ganz besonders sensibilisieren. Die Notwendigkeit einer therapeutischen Berücksichtigung ergibt sich von selbst.

Nach dem Fehlschlagen der bisherigen Behandlung in diesem Falle wurden versuchsweise intravenöse Eigenblutinjektionen angewendet bei Fortlassen jeder äußeren Behandlung. Die Injektionen änderten an dem objektiven Hautbilde nichts, so daß wieder mit Eichenrindenumschlägen angefangen wurde unter Fortsetzung der Blutinjektionen. Nachdem die Umschläge ihre Schuldigkeit getan hatten und der Punkt eingetreten war, über den hinaus keine Besserung mehr hiermit zu erzielen war, wurde versuchsweise abermals mit Tumenolpaste vorgegangen. Zu meiner großen Überraschung wurde diese Paste jetzt sehr gut vertragen, es trat eine weitere schnelle Besserung ein, so daß bald zu der oben angeführten gemischten Salbe übergegangen werden konnte, die jetzt nicht im geringsten reizte und baldige Abheilung eintreten ließ.

Den Fall habe ich genau geschildert, da er als Schulbeispiel für ähnliche Fälle dienen kann. Ähnliche Erfahrungen, die für eine Umstimmung der Haut sprechen, habe ich bei einer Psoriasiskranken gemacht, die auf Chrysarobin stets heftige Hautentzündungen bekam und die nach mehreren Eigenseruminjektionen das Mittel vertrug. Aber nicht immer gelingt mit Blut oder Serum (ich verwendete stets meine Methode des eigenen Materials) die Umstimmung; in solchen Fällen ist sie noch eingetreten nach intramuskulären Injektionen von Natr. nucl. Böhringer, und zwar nach fünf bis zehn Injektionen zu je 0,5 Natr.

Digitized by Google

nucl. in 10%iger Lösung. Der Erfolg der Umstimmung, die Toleranz auf äußere Mittel trat erst nach Natr.-nucl.-Injekt. ein in einem Ekzemfalle, der ganz gleich lag wie der oben ausführlich geschilderte, in dem Serum und Blut diese Wirkung nicht auslösen konnten. Als weitere Belege führe ich zwei Fälle von Lup. vulg. an, die ich nach meiner (noch nicht mitgeteilten) Methode äußerlich mit Chinin-Jothion behandelte und die um den Lupusherd stets eine starke Chinindermatitis mit Blasenbildung bekamen. Nach der interkurrenten Behandlung mit 10 Injekt. Natr. nucl. BÖHRINGER war die Empfindlichkeit der Haut so herabgesetzt, daß Chinin äußerlich vertragen wurde.

Meine durch rein klinische Beobachtungen unabhängig gewonnenen Ergebnisse decken sich in vollständiger Weise mit den Anschauungen von LUITHLEN, der in sehr interessanten Tierexperimenten den Nachweis führen konnte, daß nach parenteraler Einfuhr von artfremdem, arteigenem und eigenem Serum und artgleichem Blut, von Wittepepton und Gelatine sowie von kolloidalen Substanzen nicht eiweißartiger Natur, wie kolloidaler Kieselsäure und löslicher Stärke, „die Empfindlichkeit der Haut gegen äußere, entzündungserregende Reize" herabgesetzt wird. Als weitere Substanz habe ich das Natr. nucl. gefunden. LUITHLEN wirft in einer neuen Arbeit die Frage auf, ob nicht durch einfachen Aderlaß dasselbe zu erreichen wäre wie durch mein Eigenserum oder Eigenblut, mit dem der Aderlaß stets verbunden ist. In meiner ersten Mitteilung über Eigenserum habe ich mich bei der Analysierung der wirksamen Faktoren meiner Methode damit natürlich schon beschäftigen müssen. Ich teilte in der Arbeit mit, daß auch ein einfacher kleiner Aderlaß von 100 ccm auf gewisse Symptome bei Dumetosen, so auf das Jucken einen guten Einfluß hat, daß bei pathologischer Zusammensetzung des Leukozytenbildes Einflüsse festzustellen sind, daß auch Fieberreaktionen, dagegen nie Reaktionen am Exanthem beobachtet werden, daß ich aber hinsichtlich der Stärke der klinischen Wirkung die Erfahrung gemacht habe, daß Eigenserum und, wie ich jetzt sagen kann, Eigenblut oder Aderlaß plus Eigenblut graduell mehr leistet. Der graduelle Unterschied kann klinisch manchmal gewiß mit Vorteil benutzt werden, worüber ich in einer weiteren Arbeit über Eigenserum und Eigenblut berichten werde.

Aber nicht nur die Empfindlichkeit der Haut kann durch diese Maßnahmen herabgesetzt werden; ich glaube auch, daß ich über Beobachtungen verfüge, die annehmen lassen, daß sich eine Umstimmung im Sinne einer Desensibilisierung des Gesamtorganismus herbeiführen läßt. Ich betone ausdrücklich, daß wir hier methodisch noch ganz in den Anfängen stecken. Bei den verhältnismäßig seltenen Salvarsanfällen, die nicht nur nach der ersten, sondern nach jeder weiteren In-

Digitized by Google

jektion fiebern und mit sonstigen somatischen Symptomen reagieren, habe ich mehrere Male beobachtet, daß das Salvarsan gut vertragen wurde, wenn eine oder mehrere Eigenserum- oder Eigenblutinjektionen eingeschoben wurden, dagegen auch Fälle, die versagten. Ich wollte nur im Sinne einer Arbeitshypothese darauf hingewiesen haben.

Literatur.

Luithlen, Veränderungen der Hautreaktion bei Injektionen von Serum und kolloidalen Substanzen. Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 17. — Luithlen, Über Beeinflussung der Hautentzündungen. Wien. med. Wochenschr., 1913, Nr. 38. — Spiethoff, Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10. — Spiethoff, Zur Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut. Med. Klinik, 1913, Nr. 24. — Spiethoff, Magen- und Darmstörungen bei Haut- und Schleimhauterkrankungen. Fortbildungsvortrag. Münch. med. Wochenschr., 1912.

Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum.

Von

Marine-Oberstabsarzt W. Gennerich, Kiel.

(Mit 12 Abbildungen.)

(Schluß.)

Die von Martini gefundenen Kapseldiplokokken, welche er als die Erreger des venerischen Granuloms anspricht[1]), sind wohl darauf zurückzuführen, daß eine Vorbereitung des Geschwürsterrains mit Jodtinkturkollodium oder anderen Mitteln, wie sie Tomaszewski empfiehlt, nicht stattgefunden hat. Bezeichnend ist jedenfalls die Beobachtung Martinis, daß ein mit Jodoform behandeltes Geschwür des Falles II steril befunden wurde. Daß es sich bei seinen Befunden um eine Sekundärinfektion handelte, beweist auch sein Tierversuch.

Bei einem Teile der Tiere bildete sich das entstehende entzündliche Infiltrat im Verlauf einiger Wochen spontan zurück, ein anderer Teil ging infolge Durchbruchs des Eiters zur Bauchhöhle an Peritonitis zugrunde, und zwar schon in sechs Tagen. Es ergibt sich aus den Versuchen offensichtlich, daß es sich um einen banalen Eiterprozeß, keineswegs aber um einen chronisch infiltrativen und granulierenden Krankheitsvorgang der Kutis gehandelt hat.

Martini meint zwar, daß dieser Ausgang als gewöhnlich bei den Papuas in der Südsee zu beachten sei. Nach Mansons Beschreibung ist

[1]) Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 44 und Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913, Bd. 17, Heft 5.

Digitized by Google

dieses jedoch nicht anzunehmen. Auch das Granuloma venereum ist eine ausgesprochene Kutiserkrankung mit jahrelangem Verlauf. Nur durch Sekundärinfektion können auch andere Körpergewebe in Mitleidenschaft gezogen werden. Ob es dann durch Sepsis oder Peritonitis zum Exitus kommt, ist belanglos. Solche Vorgänge gehören jedoch nicht zur Charakteristik des venerischen Granuloms. Zu welchen Komplikationen das Leiden im Laufe der Jahre infolge seiner Ausdehnung Veranlassung gibt, werden wir unten noch sehen.

An sonstigen Mikroorganismen, die als Erreger des venerischen Granuloms angesprochen worden sind, wären noch folgende zu erwähnen:

Die von Siebert[1]) gefundenen Diplokokken, mit denen Flu[2]) die von ihm beobachteten Kapselbakterien identifiziert. Flu fand aber außerdem noch bei seinen Kulturversuchen auf Aszitesagar gramnegative plumpe Stäbchen. Leider ist Flu dem letztgenannten Befunde nicht weiter auf den Grund gegangen. Vielleicht waren es Streptobazillen.

Es sind noch weiter zu erwähnen:

Die von Donovan[3]) und Carter[4]) beschriebenen Körperchen, Spirochäten von Wise[5]) und Mac Lennan[6]) und gewöhnliche Eiterkokken von Crocker.

Nach der Mannigfaltigkeit der Befunde und der verschiedenen Ansichten der Autoren kann man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen daß es sich um verschiedene Arten von Sekundärinfektionen bei den in den verschiedenen Weltteilen beschriebenen Erkrankungen gehandelt hat. Es wäre doch eigentümlich, wenn eine ganz charakteristische Kutiserkrankung in den verschiedenen Weltgegenden eine differente Krankheitsgrundlage haben sollte.

Eine Protozoeninfektion als Grundlage der streng lokalisierten, destruktiven und per contiguitatem fortschreitenden Veränderung erscheint mir unwahrscheinlich, ganz abgesehen von der Wirkungslosigkeit des Salvarsans (G. Rost). Das Krankheitsbild weist vielmehr auf ein Bakterium als Ursache hin, das keine Neigung zu Generalisationen aufweist. Derartige Erreger sind z. B. die Streptobazillen.

Bei der Beurteilung der Krankheitsgrundlage müßte natürlich von vornherein ausgeschlossen werden, daß die in Frage stehende Krankheitsbezeichnung als ein Sammelbegriff für verschiedenartige Affektionen gewählt wird. Ich folge daher Grindons Vorgang, welcher die autoritative

[1]) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., Bd. 12, H. 12. — [2]) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., Bd. 15, Beiheft 9. — [3]) Ind. Med. Gaz., Nov. 1905, S. 414. — [4]) Lancet, 1910, H. 1, S. 1128. — [5]) Brit. med. Journ., 1906, S. 1274. — [6]) Brit. med. Journ., 1906, S. 995.

Digitized by Google

Krankheitsbeschreibung MANSONS als Richtschnur für die Diagnose wählt. Dieser sagt:

Das Leiden beginnt größtenteils irgendwo an den Genitalien oder Leisten als eine unscheinbare, umschriebene noduläre Verdickung und Erhebung der Haut. Die betroffene Partie ist bedeckt mit einer sehr zarten, rötlich verfärbten, leicht abreibbaren Oberhaut, zerfällt leicht geschwürig und zeigt dann eine leicht blutende und zerfallende Oberfläche und führt weniger häufig auch zu tiefen Ulzerationen. Der Prozeß schreitet auf zwei Wegen vorwärts durch ununterbrochene exzentrische Ausbreitung nach der Peripherie, und durch Autoinfektion von einer anliegenden Hautoberfläche. Bei seiner Ausbreitung zeigt er eine Vorliebe für warme und feuchte Oberflächen, besonders für die Falte zwischen Hodensack und Oberschenkel, die großen Labien und die Gesäßfalte der Oberschenkel. Seine Ausbreitung ist sehr langsam und umfaßt Jahre, bevor er eine ausgedehnte Fläche bedeckt.

Neben der peripheren Ausdehnung des Krankheitsvorganges bildet sich eine feste, schrumpfende, unebene und leicht zerfallende Narbe an der Oberfläche, über die der Prozeß gewandert ist. Sie entspricht den groben oder feinen nodulären Wucherungen, welche den peripheren Teil der erkrankten Hautfläche einnimmt. Gelegentlich springen Inseln vom aktiven Krankheitsvorgang im Narbengewebe auf. Es ist indessen besonders der Rand des letzteren, an welchem das eigenartige Gepräge des Geschwürsvorganges am besten gewahrt ist.

In einem der berichteten Fälle fand sich eine ausgedehnte Narbenfläche, sie war weiß oder unregelmäßig pigmentiert, stellenweise exkoriiert, widernatürlich zusammengezogen, gefaltet und derbe, ferner umgeben von einem schmalen, serpiginösen und unregelmäßigen Geschwürsrande. Dieser bestand aus nodulären, etwas erhabenen, roten, glatten, zart überhäuteten oder rötlichen, oberflächlich geschwürigen oder zerfallenen Wucherungen. Beim Manne kann das Leiden sich ausbreiten über den Penis einschließlich Glans, über Hodensack und die obere Partie der Oberschenkel. Bei beiden Geschlechtern kann es im Laufe von Jahren die Schamgegend einnehmen, desgleichen auch das Perineum und nach hinten die Steißbeingegend.

In diesem Zustande fährt das Leiden jahrelang fort, sich auszubreiten, es gibt Anlaß zu Unbequemlichkeiten und Beschwerden, vielleicht sogar in ernster Weise durch Einschluß der Harnröhre, Vagina oder Anus, ohne jedoch in anderer Weise materiell die Gesundheit zu schädigen.

In den dort erörterten Fällen entwickelten sich Veränderungen an freien Oberflächen, wie z. B. in der Schamgegend und in den Leisten zu massiven, keloidähnlichen erhabenen Partien, welche Geschwürstellen

Digitized by Google

einschlossen oder von solchen umrändert waren, während wenige ähnliche Krankheitsherde auswärts lagen.

Dahingegen bestand in den angeführten Fällen zwischen dem Hodensack und Oberschenkel eine lineare Geschwürsbildung, sehr ähnlich einer tiefen Kerbe längs dem Kamm einer langen, niedrigen Firste (ridge).

Diese Beschreibung Mansons enthält eine große Anzahl klinischer Merkmale, welche auch auf das Ulcus molle serpiginosum zutreffen.

Der Beginn des Prozesses an der Genital- oder Leistengegend, der leicht blutende geschwürige Zerfall, die exzentrische periphere Ausbreitung, die Autoinfektion an gegenüberliegenden Körperstellen, die Vorliebe für warme und feuchte Oberflächen, das langsame aber stete Fortschreiten des Prozesses in der Haut, die Gutartigkeit bezüglich Verallgemeinerung und schließlich die Art der Narbenbildung entsprechen durchaus dem klinischen Bilde unserer Fälle von Ulcus molle serpiginosum. Es fehlt nur die starke Granulationsbildung bald im Zentrum, bald am Rande der Affektion und die keloidartige Leistenbildung, wie sie die photographische Wiedergabe der Fälle von Siebert und Grindon mehr oder weniger deutlich erkennen läßt.

Man wird sich allerdings erinnern, daß beim Ulc. molle serpiginosum der stehenbleibende Teil der Kutis histologisch auch Proliferationsvorgänge erkennen läßt. Sie wurden im Falle I näher beschrieben. Diese Proliferationsvorgänge erreichen aber zweifellos nicht die Intensität der beim Granuloma venereum vorhandenen Wucherungen. Hält man aber den histologischen Befund Sieberts vom Granuloma venerum neben den in unseren Fällen erhobenen, so ergibt sich kaum eine Abweichung. Es fehlt nur der Streptobazillenbefund, der aber auch im Schnitt des Ulc. molle serpiginosum sehr schwierig war und sehr viel Zeit in Anspruch nahm.

Trotz einer bestimmten Abweichung im Krankheitsbilde beider Veränderungen halte ich die Möglichkeit einer gemeinsamen ätiologischen Grundlage für gegeben. Neben den klinischen und histologischen Beobachtungen ließe sich noch eine Reihe von Gründen anführen, welche uns veranlassen, unserer Vermutung über die gemeinsame Krankheitsgrundlage weiter nachzugehen.

Auffällig ist zunächst die bereits erörterte Mannigfaltigkeit der beschriebenen Krankheitserreger. Da ihre ätiologische Bedeutung durch die Nachprüfung der verschiedensten, namentlich englischer und amerikanischer Autoren nicht erwiesen werden konnte, so liegt der Verdacht sehr nahe, daß es sich um zufällige Mischinfektion gehandelt hat, die keine grundlegende Bedeutung besitzt. Die Möglichkeit, daß eine Sekundärinfektion den Geschwürscharakter beeinflußt, z. B. eine besonders üppige Granulationsbildung anregt, kann unbedenklich offengelassen werden. Im übrigen

Digitized by Google

hätte man aber wohl zu berücksichtigen, daß schon klimatische Einflüsse — wie die tropische Wärme — genügen, um chronische Geschwürsvorgänge zu stärkerer Proliferation anzufachen.

In zweiter Hinsicht ist die Bevorzugung der schwarzen Rasse als Krankheitsträger des venerischen Granuloms beachtenswert. Die Indolenz der Schwarzen gegenüber den venerischen Affektionen ist besonders groß. Unsere Erfahrungen zeigten aber auch beim Ulc. molle, daß die Vernachlässigung wie die unsachgemäße Behandlung eines Bubo die Ursache bildeten für das Zustandekommen des Ulc. molle serpiginosum, insofern es sich aus einem bazillären Bubo entwickeln konnte. Es wäre also sehr wohl verständlich, daß das venerische Granulom die schwarze Rasse vorzugsweise befiele unter der Voraussetzung, daß es sich um eine Streptobazilleninfektion handeln würde.

Die bisherigen negativen Befunde hinsichtlich der Streptobazillen beim venerischen Granulom erscheinen mir aus verschiedenen Gründen nicht verwunderlich.

Die Streptobazillen sind im Gewebe an sich schon schwer zu finden, sie fehlten ferner beim Ulc. molle, wie oben ausgeführt, mit Sicherheit an allen Stellen, wo Proliferationsvorgänge vorhanden sind.

Wir sahen ferner schon beim Ulc. molle serpiginosum, daß einmalige artifizielle Autoinokulationen hinsichtlich ihres Ergebnisses nicht maßgebend sein dürfen. Weit mehr Beachtung verdienen jedenfalls die Abklatschschanker, die beim Granulom wie beim Ulc. molle serpiginosum in gleicher Weise zu beobachten sind.

Auch aus unseren Kulturversuchen beim Ulc. molle serpiginosum ergab sich, daß der bakteriologische Nachweis der Erreger einigen Schwierigkeiten begegnet. Bemerkenswert waren in dieser Hinsicht auch die negativen Ergebnisse quoad Streptobazillen bei den Martinischen Untersuchungen.

Um den ätiologischen Zusammenhang einer venerischen Affektion mit Streptobazillen einwandfrei darzutun, besitzen wir aber neuerdings in der von Ito in der Neisserschen Klinik hergestellten Streptobazillenvakzine ein wichtiges Diagnostikum.

Es läßt einen spezifisch heilenden Einfluß auf die Ulc. molle-Affektion erkennen.

Ich möchte daher die Anregung geben, auch das Granuloma venereum mit Streptobazillenvakzine zu behandeln. Die Möglichkeit, daß das Ulc. molle serpiginosum und das Granuloma venereum dieselbe Krankheitsgrundlage besitzen, halte ich für sehr groß. Es wäre ferner mit Genugtuung zu begrüßen, wenn die ätiologische Grundlage des venerischen Granuloms einer definitiven Lösung entgegenginge, welche eine Vereinheitlichung der klinisch einander nahestehenden Krankheitsbilder gestattete.

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Odessa.

Originalbericht von G. Glawtsche.

Sitzung vom 20. März 1913.

1. G. Glawtsche demonstrierte eine 67jährige Frau mit **Labyrinthitis et Otitis interna bilateralis syphilitica.** Die Syphilisinfektion auf geschlechtlichem Wege vom Manne fand anfangs 1913 statt. Nach der ersten kurzdauernden Hg-Injektionsbehandlung stellten sich zugleich mit einer Roseola recidiva Kopfschmerzen, Ohrensausen, Taubheit, das Gefühl von Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Nystagmus und Manegebewegungen ein. Die Patientin zeigte auch eine Paralyse des N. facialis. Unter dem Einflusse einer kräftigen antisyphilitischen Kur (Hydrarg. salicyl. 10% zu 0,5 jeden zweiten Tag und 3,0—4,0 JK pro die) verschwanden alle diese Symptome mit Ausnahme der Schwerhörigkeit.

2. A. Janschek: **Zur Frage der extragenitalen Ulcera mollia.** Außer einer kurzen literarischen Übersicht führte Janschek drei eigene Fälle aus der dermatologischen Klinik von Jakowleff an: a) Ulkus an der Nasolabialfalte — übertragen durch den Patienten selbst, der ein Ulkus am Penis hatte; b) Ulkus am Zeigefinger, übertragen durch die Patientin selbst, bei der ein Ulkus an den großen Schamlippen vorhanden war; c) Ulkus am äußeren Augenwinkel. Als Überträger diente in diesem Falle Coldcream, das von der Patientin zum Einsalben ihres Gesichtes und zugleich von ihrem Manne zur Behandlung seines Geschwüres am Penis benutzt wurde.

Diskussion: H. Koschin beobachtet jetzt im Odessaer Kriegshospital einen Kranken mit Ulcera mollia am Penis und im Gesicht.

B. Egis: Während des russisch-japanischen Krieges impften sich mehrere Soldaten Ulcera mollia an verschiedenen Körperteilen ein.

Glawtsche beobachtet relativ häufig in der Poliklinik des Stadtkrankenhauses Fälle von Ulcera mollia an den Fingern, übertragen von den Geschlechtsorganen. Diese Häufigkeit ist nicht wunderbar bei der ungeheueren Verbreitung der Ulcera mollia in Odessa.

3. J. Perkel demonstrierte einen Fall von **Parapsoriasis en gouttes à squames adhérentes** bei einer 27jährigen syphilitischen Frau (Syphilis seit 1909). Die Zeit des Erscheinens des Ausschlages ist nicht festgestellt. WR wiederholt negativ. Die spezifische Behandlung (Hg und Salvarsan wiederholt) hatte keinen Einfluß auf die Dermatose. Der Ausschlag besteht aus runden, flachen, wenig erhabenen, nicht infiltrierten, dunkelrosa, hier und da auch dunkelroten Papeln und Flecken, die sich an der Brust, an den Brustdrüsen und am Bauch lokalisieren. Die Papeln sind etwa erbsengroß und von dünnen, festsitzenden Schüppchen bedeckt. Die Schüppchen sind schwer abzukratzen und geben dabei keine punktförmigen Blutungen, sondern eine unbedeutende Infusion.

Diskussion: G. Glawtsche: Praktisch ist diese Krankheit sehr wichtig in der Hinsicht, daß sie sehr häufig mit dem papulösen Syphilid verwechselt wird. In der Literatur sind viele Angaben über diese Verwechslung zu finden. Nur die erfolglose spezifische Therapie führt oft zur richtigen Diagnose.

4. J. Schestopal: Ein Fall mit unklarer Diagnose. Der Patient zeigt auf der linken Vola manus einen regelmäßigen Kreis von 4 cm im Durchmesser, bestehend aus einzelnen, hier und da zusammenfließenden, erbsengroßen, kupferroten, starkschuppenden

Digitized by Google

Papeln. Der Patient ist ein Sattler, ist 50 Jahre alt. Vor 28 Jahren infizierte er sich mit Syphilis, die er nur ein einziges Mal mit Hg-Pulver innerlich behandelt hat. Im Jahre 1911 war WR negativ, jetzt ist sie positiv. Der Vortragende ist geneigt, diese Krankheit für Syphilis, resp. für ein **zirzinäres papulöses Spätsyphilid** zu halten, trotzdem das Aufgeben des Berufes von dem Patienten zu einer gewissen Besserung der Affektion geführt hat.

Diskussion: Auch Glawtsche hält diese Affektion für eine syphilitische, obgleich die geringe Ausbreitung der Affektion und die Oberflächlichkeit des erythematösen Ringes ihn daran zweifeln lassen. Aber das Verhältnis der WR, und zwar das nicht stark positive Resultat (++), entsprechend der zirkumskripten Lokalisation des klinischen Herdes, überzeugen ihn davon, daß hier doch eine Syphilis vorliegt. Die spezifische Therapie soll diese Frage ex juvantibus entscheiden.

Jakowleff hält diese Affektion für eine professionelle artifizielle Dermatitis.

5. P. Megaworian stellte einen 40jährigen Mann vor mit **Lichen planus penis (et linguae?).**

6. A. Landesmann: Ein Fall von **Ulcus induratum an der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels** mit Spirochätenbefund.

7. J. Lulkimacher: Ein Fall von **Pseudoleukaemia cutis** bei einem 40jährigen Manne. Alle Lymphdrüsen sind vergrößert, ca. 6 Millionen Erythrozyten, 5600 weiße Blutkörperchen, darunter keine morphologischen Anomalien. Der Farbenkoeffizient = 0,54, d. h. 0,46 Hämoglobindefizit. Der Patient leidet an unerträglichem Jucken; Papeln von Hirsekorn- bis Erbsengröße sind über den ganzen Körper, besonders an den Streckseiten der Extremitäten, zerstreut.

Diskussion: J. Milmann: Der Form nach erinnern die Elemente des Ausschlages an die **Folliculitis exulcerans Lukasiewicz.**

G. Glawtsche: Das sind keine Leukämiden mit lymphatischer Infiltration der Haut, sondern es ist eine sekundäre Pyodermie, hervorgerufen durch das Jucken der Diathese. Freilich zeigt diese Pyodermie einen gewissen Typus der kraterförmig zerfallenen Follikulitiden.

8. J. Milmann: Ein Fall von **Lupus erythematodes faciei,** der mit Quarzlampenlicht behandelt wurde: 6 Sitzungen, 10 Sekunden Dauer in 10 cm Entfernung. Starkes Schuppen der Haut und bedeutende Besserung.

Sitzung vom 3. April 1913.

1. S. Steinhaus demonstrierte einen Fall von **idiopathischer Onychogryphosis** der Hand- und Fußnägel bei einer 26jährigen mikrokephalischen Idiotin, die hereditär tuberkulös belastet ist. In der Familie der Mutter und Großmutter ist Onychogryphosis bekannt.

2. P. Megaworian: Ein Fall von **Onychogryphosis bei einem Paralytiker** an den Nägeln der befallenen Körperseite.

3. A. Janschek: Ein Fall von **Hyperkeratosis subungualis Hebra et Keratosis palmaris artificialis.** Das Leiden besteht seit 20 Jahren.

Diskussion: S. Steinhaus fragt, ob man wirklich behaupten kann, daß die Onychogryphosis im ersten Falle mit der Tuberkulose zusammenhängt.

Glawtsche: Die Frage über die Spezifität der Morphologie der Dystrophien ist sehr interessant aber noch wenig bekannt.

4. M. Babadjan: Ein Fall mit unklarer Diagnose: **Favus capillitii und Lupus erythematodes disseminatus** bei einer 35jährigen Frau. Das Hautleiden dauert neun Monate. Über dem ganzen Körper und dem Gesicht ist eine große Zahl von dicht zu-

Digitized by Google

sammensitzenden, hier und da zusammenfließenden Knötchen verschiedener Größe und Form, nicht scharfbegrenzt und blaurot. Einige von diesen Knötchen zeigen eine zentrale Delle, mit weißlicher Narbe im Zentrum, die anderen sind von kleinen Schüppchen bedeckt. Manchmal sind es keine Papeln, sondern flache, mehr dunkelblauviolette Flecke. Der Ausschlag juckte früher, jetzt nicht mehr. Alle fühlbaren Drüsen sind vergrößert.

Diskussion: J. Bernstein: Der Gesichtsausschlag ist ein Lupus erythematodes, der Körperausschlag ist am meisten der **Acne teleangiektodes von Kaposi** ähnlich.

S. Jakowleff neigt in diesem Falle zur Annahme eines Lupus erythematodes universalis acutus.

5. M. Babadjan: Die zweite Vorstellung des Kindes, welches in der Sitzung vom 6. II. 1913 von A. Feldmann mit der Diagnose **Prurigo** demonstriert wurde. Unter dem Einflusse des Ol. rusci und der Bäder ist der Ausschlag verschwunden, die Vergrößerung der Lymphdrüsen ist aber geblieben. Dieser Umstand aber läßt den Vortragenden die Diagnose Prurigo aufrecht erhalten.

Diskussion: J. Schestopal: Es fehlt hier das Symptom von Nikolsky, nämlich der weiße Dermographismus, welcher immer die Prurigo begleitet, und auch aus anderen Gründen muß hier keine Prurigo, sondern Ekzem vorgelegen haben.

S. Jakowleff: Das Fehlen der typischen Elemente der Prurigo sowie die Abwesenheit der Hautverdickungen lassen ihn auch jetzt die Diagnose Ekzem aufrecht erhalten.

6. J. Bernstein stellte zum zweitenmal den Patienten mit **Gangraena penis** vor. Während der monatelangen klinischen Beobachtung stießen sich gangränöse Teile vom Präputium und von der Glans penis ab und es entstand eine granulierende Wunde. Es ist auch eine Infiltration des ganzen Corpus cavernosum penis zu konstatieren. Der Harn ist zuckerfrei. Die Temperatur ist normal. Der Patient leidet an Vitium cordis, die übrigen Organe zeigen keine Abweichungen von der Norm.

Diskussion: S. Marjasches: Es liegt hier **spontane Gangrän des Penis Fournier** vor, aber keine foudroyante, da der Prozeß sich langsam entwickelt hat. Die Ätiologie dieser Krankheit ist noch unklar. Die Prognose ist beim Manne gut, da die Gangrän in ihrer weiteren Verbreitung aufgehalten wird durch die über die Corpora cavernosa ziehende Aponeurose. Ganz anders ist es bei der Frau, bei der eine solche spontane foudroyante Gangrän stets zum Tode führt. Die Behandlung muß eine symptomatische sein.

7. D. Rubinstein: Ein Fall von **Lichen ruber planus** bei einem 22jährigen Mädchen.

8. J. Schestopal: Die zweite Vorstellung des Patienten mit dem **zirzinären erythematösen Kreise auf der Vola manus.** Eine indifferente Therapie während zwei Wochen (Ungt. Diachyli) blieb ohne irgend einen Einfluß auf den Ausschlag, so daß der Vortragende auch jetzt an Syphilis denken muß.

9. G. Glawtsche: Demonstration eines Patienten mit frischen Erscheinungen einer **sekundären Syphilis und einer Parese des linken N. facialis.** Die Parese verschwand vollständig nach einer wöchentlichen spezifischen Therapie (Hydr. salicyl. + JK, 3,0 pro die). Während der dritten Woche der zweiten Inkubation, bei Anwesenheit nur eines Ulcus induratum, war die WR schon stark positiv, und doch ließ sich der Patient während der nächsten sieben Wochen gar nicht behandeln und kam dann mit sekundären Erscheinungen und einer Fazialisparese. Es ist wohl möglich, daß diese langdauernde Zirkulation von syphilitischen Körpern und Antikörpern eben auch zu dieser frühen Intoxikation des Nervensystems geführt hat.

Digitized by Google

10. A. Janschek demonstriert ein typisches **Gumma der Zunge** bei einem 52jährigen Manne, der nie behandelt wurde und der sich an die chirurgische Poliklinik gewendet hat wegen einer Operation.

11. A. Janschek: Ein Fall von **Dermatitis papillaris capillitis** erfolglos mit X-Strahlen behandelt (fünf Sitzungen).

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 20, Heft 9, September 1913.

Über die Beziehungen der Reizbarkeit der menschlichen und tierischen Haut zu ihrem Pigmentgehalt, von S. Hanawa-Bern. Die Versuche des Verfassers ergeben, daß beim Leukoderm und bei der Vitiligo die pigmentarmen resp. -freien Stellen gegenüber den verschiedensten Hautreizen sich weniger empfindlich erweisen als die nicht stärker pigmentierte Umgebung. An glatten pigmentierten Nävis ergaben sich keine Differenzen. Die weißhaarigen Stellen gescheckter Tiere erwiesen sich gegen Krotonöl-Jodtinktur-Kanthariden weniger empfindlich als die dunkelhaarigen. Die durch diese Mittel gesetzten Dermatitiden heilten an der ersteren schneller ab. Auch Infektionen der Tierhaut mit Staphylokokken, Streptokokken und Kuhpockenvakzine führten zu den gleichen Resultaten. Die Trichophytin-Infektionen der Meerschweinchenhaut kommen an den weißbehaarten Stellen etwas schneller zur Abheilung. Vor allem aber tritt die durch das Überstehen der Krankheit bedingte Hautimmunität schneller an diesen Herden auf als an den pigmenthaarigen; die ersteren werden auch früher trichophytinüberempfindlich. Wunden von gleichen Dimensionen heilen an den dunkelhaarigen Stellen der Tiere langsamer als an den hellhaarigen.

Über seltene Formen von Lichen ruber planus und ihre Behandlung, von R. Polland-Graz. Es handelt sich um zwei Lichen ruber planus-Formen, die von dem gewöhnlichen Typ abweichen. Bei der einen Patientin bildeten sich aus den Lichenknötchen hervorgehend Bläschen und Blasen, eine Form, die man als Lichen ruber pemphigoides bezeichnet; — bei dem zweiten Fall zeigt eine warzenartig zerklüftete Oberfläche mit auffallend derber Konsistenz einige Stellen mit mazerierter und exfoliierter Epidermis. — Die Beschwerden bestanden außer den Schmerzen in Anfällen von heftigem Jucken. Die Therapie bestand äußerlich in der Matzenauerschen Arsen-Ebaga-Salbe und innerlich durch intravenöse Salvarsaninjektion. Letztere hatte einen glänzenden Erfolg, so daß man fast von einer spezifischen Wirkung sprechen konnte.

Beitrag zur Kennntnis der Acanthosis nigricans, von J. Toyanca-Japan. Ein sehr interessanter Fall bei einem 69 Jahre alten Patienten, der in klassischer Weise die drei Kardinalsymptome zeigt: abnorme Pigmentation, Papillarhypertrophie, typische Lokalisation. Ganz besonders hervorzuheben ist die Pigmentierung der Schleimhäute, die bis jetzt nicht beschrieben wurde, insbesondere die Pigmentierung des harten Gaumens und der Konjunktiva. Ebenfalls zu erwähnen ist noch die starke Hypertrophie der Papillen an der Konjunktiva, in der Form der freien Papillen. Chrzelitzer-Posen.

Zeitschrift für Urologie.

Band 7, Heft 9, 1913.

Über Vakzinebehandlung der Infektionen der Harnwege, von Ove Wulff-Kopenhagen. Die Vakzinebehandlung hatte auf Albumen und Eiter spezifische Einwir-

Digitized by Google

kung, dagegen nicht auf den Bakteriengehalt, wenigstens waren die Erfolge nicht gleichmäßig. Der koliopsonische Index ist an Größe variabel und folgt nicht den klinischen Schwankungen im Zustande der Patienten. Es ist aber nicht nötig, die opsonische Indexmessung zur Anwendung zu bringen, da sie für Diagnose, Prognose und Therapie ohne Bedeutung ist.

Die intravesikale Behandlung der Blasenpapillome durch Elektrolyse, von Rudolf Oppenheimer-Frankfurt a. M. Die Methode mit Elektrolyse ist technisch einfacher als die Anwendung von Schlingenzangen u. dgl. und beansprucht ein geringfügiges Instrumentarium. Ein besonderer Vorzug liegt darin, daß nur Instrumente von geringem Volumen Verwendung finden. Die bei der Behandlung auftretende Blutung scheint bei einfachen Blasenpapillomen recht gering zu sein. Auffallend ist die geringe Schmerzhaftigkeit. Auch die Gefahr der Blasenperforation ist gering, weil die Einschmelzung des Gewebes langsam erfolgt. Die Methode hat auch ihre Nachteile; so wirkt die durch die Elektrolyse erzeugte Gasbildung störend, außerdem dauert die Behandlung zu lange.

Historische Beiträge zur Urologie, von Paul Richter-Berlin. Aus einer Inschrift eines Leichensteins entnimmt der Verfasser die Tatsache, daß die Hämaturie in Ägypten und Babylonien wohl bekannt war. Ob es sich um die Bilharziosis gehandelt hat, läßt sich nicht eruieren. Ferner bringt Richter zwei Abbildungen von Bauurkunden, welche für den Urologen seiner Gestalt wegen von besonderem Interesse sind. Sie haben die Gestalt eines beschnittenen Gliedes. Des ferneren verbreitet sich der Historiker über die Herkunft des Arzbergerschen Kühlapparates. Derselbe wurde angegeben von einem Professor der Bergakademie Arzberger als Mastdarmolive gegen das Hämorrhoidalleiden. Der Name Arzberger erfährt heute noch von den verschiedensten Verfassern die verschiedentlichste Schreibart. Chrzelitzer-Posen.

Bücherbesprechungen.

Über neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten durch Blutverbesserung, von P. Linser-Tübingen. (Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Dermatol., der Syphilidol. und der Krankh. des Urogenitalapparates. 2. Bd., Heft 8, Carl Marhold, Halle a. S., 1913.) Hier bringt ein auf diesem Gebiete besonders erfahrener Beobachter in übersichtlicher zusammenhängender Darstellung alles für dieses neuerdings sehr beliebte therapeutische Verfahren Erprobte. Aus der Indikationsstellung seien besonders hervorgehoben: Graviditätstoxikosen, Strophulus, Urticaria papulosa, Prurigo, Pruritus, Arzneiexantheme und rheumatische Erkrankungen von Art des Erythema exsudativum multiforme und nodosum sowie Purpura; sodann besonders der Juckreiz beim Ekzem. Injiziert werden 20—30 ccm eines möglichst von nächsten Anverwandten durch halbstündige Ausschleuderung des Blutes gewonnenen Serums in die Kubitalvene, sonst subkutan. Die Injektionen werden unter Umständen mehrere Male wiederholt, ohne daß Schäden entstanden. Eigenserum soll erheblich schwächer wirken, inaktiviertes fast vollständig versagen. Oscar Gans-Hamburg.

Über Zystitis, von R. Hottinger-Zürich. (Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Dermatol., der Syphilidol. und der Krankh. des Urogenitalapparates. 2. Bd., Heft 7, Carl Marhold, Halle a. S., 1913.) Die kurze Monographie enthält in übersichtlicher knapper Form das für den Praktikter Wissenswerte, eingeteilt nach Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie. Sie wird zur schnellen Orientierung genügen, vermag jedoch ein Studium an der Hand einer ausführlicheren Darstellung nicht überflüssig zu machen. Oscar Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Über Salvarsan und Neosalvarsan, von PAUL EHRLICH-Frankfurt a. M. Verlag J. F. Lehmann, München. In den vorliegenden Schlußbemerkungen zum dritten Bande seiner Abhandlungen über Salvarsan zieht EHRLICH quasi ein Resümee über die Erfahrungen, die im Laufe der drei Jahre der Salvarsanära über Salvarsan und Neosalvarsan gesammelt worden sind. Das Literaturverzeichnis mit seinen 132 Nummern, das auf Vollständigkeit keinen Anspruch erhebt, beweist, wieviel in diesen drei Jahren über das Wesen, den Nutzen und den Schaden der von EHRLICH in die Therapie eingeführten Mittel gearbeitet worden ist.

EHRLICH beginnt sofort mit einer nochmaligen Widerlegung der Vorwürfe, die den Mitteln am häufigsten und eindringlichsten gemacht worden sind, nämlich, der ihnen vindizierten, neurotropen und speziell für das Nervensystem toxischen Eigenschaften. Er bleibt fest und entschieden auf dem Standpunkt, daß durch eine lange Reihe von klinischen Beobachtungen und fast unzähligen Tierexperimenten bewiesen sei, daß das Salvarsan, resp. Neosalvarsan keine spezifisch toxischen Eigenschaften für das Nervensystem gezeigt habe, und daß man sich heute wohl allgemein zu der Ansicht durchgerungen habe, daß die sogenannten Neurorezidive nicht arsenotoxischen Ursprungs, sondern syphilogener Natur seien. Wo anderes beobachtet worden sei, läge ein Fehler in der Technik oder Dosierung, vielleicht gelegentlich auch eine Überempfindlichkeit vor, und er betont ausdrücklich, daß man bei der Auswahl der Patienten sehr vorsichtig zu Werke gehen müsse und den Allgemeinzustand derselben genau zu prüfen habe. Er wendet sich dann spezieller zu dem Neosalvarsan, dessen Ungiftigkeit ihm ebenfalls absolut bewiesen erscheint, und bringt die interessante Mitteilung, daß bei syphilitischen Augenerkrankungen Neosalvarsan, in ein Auge eingeträufelt, beide erkrankte Augen zur Heilung gebracht hätte. Wenn die Toxizität des Neosalvarsans größer sein sollte als diejenige des Salvarsans, so könne das nur an der leichteren Oxydierbarkeit des ersteren liegen, und man habe die Pflicht, stets mit frisch bereiteten Lösungen, die dem Luftzutritt so wenig wie möglich ausgesetzt waren, zu arbeiten.

Fälle von Encephalitis haemorrhagica behauptet EHRLICH nie gesehen zu haben, und er schiebt das Vorkommen derselben auf irgend einen Fehler in der Technik. Bei dieser Gelegenheit macht er nochmals aufmerksam auf die Wichtigkeit des sogenannten Wasserfehlers, zu dem sich nach neueren Untersuchungen noch ein „Glasfehler" gesellt, in dem das Glas der Kolben Alkali an die Lösungen abgibt. Ebenso begrenzt er streng den Begriff des frisch destillierten Wassers und geht so weit, zu behaupten — als das Ergebnis seiner persönlichen Beobachtung und von Untersuchungen von HORT und PERFOLD —, daß bei striktester Innehaltung seiner Vorschriften nach Applikation des Mittels Temperaturabfall eintrete. In den folgenden Tabellen beweist er die Überlegenheit des Neosalvarsans gegenüber dem Atoxyl.

In bezug auf die klinischen Resultate beschränkt er sich fast nur darauf, die Namen der Verfasser zu nennen, resp. deren Arbeiten zu zitieren, die in bezug auf die Wirkung das Neosalvarsan dem Salvarsan gleichstellen, resp. das alte Präparat dem neuen vorziehen, oder endlich wie einige wenige das Neosalvarsan für das intensiver wirkende halten. Er selbst glaubt, daß das Neosalvarsan besonders am Platze ist, wo es sich um eine mehr milde, vorsichtige Wirkung handle. In diesem klinischen Teil sucht er durch eine Gegenüberstellung eines nur mit ganz milden Hg-Präparaten behandelten Patienten und dem bekannten „WOLFF-MULZERschen Fall" darzulegen, daß die schädliche Wirkung des Neosalvarsans in dem letzteren noch nicht erwiesen sei.

EHRLICH fordert: Verwendung absolut einwandfreien Wassers, Vermeidung der Oxydation der Lösung, Anwendung normaler Dosen, 0,3 bis höchstens 0,9 Neosalvarsan, mit

Digitized by Google

größerer zeitlicher Distanzierung der einzelnen Injektionen; eventuell vorsichtiges Anfangen mit ganz kleinen Dosen.

Zum Schluß spricht er aus, daß die geeignetste Behandlung der Syphilis wohl die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung ist, wenn auch folgende Momente die Heilkraft des Salvarsans an und für sich beweisen: 1. die große Zahl der erfolgreich durchgeführten Abortivkuren; 2. die sehr guten Erfolge der Behandlung schwangerer syphilitischer Frauen in bezug auf die Nachkommenschaft und 3. die zweifellos sicher und ziemlich häufig beobachteten Fälle von Reinfektionen.

Er schließt damit, daß die hochbedeutsamen Befunde Noguchis bei Tabes und Paralyse wohl ein neues Feld für Salvarsan-, resp. Neosalvarsantherapie liefern werden.

Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Heliotherapie bei den nichttuberkulösen Erkrankungen, von A. Aimes. (Presse méd., 1913, Nr. 23.) Unter vielen chirurgischen und internen Krankheiten erwähnt A. auch folgende Hautkrankheiten, welche durch die Sonnentherapie beeinflußt werden: das Ulcus varicosum, manche Lippen- und Hautkankroide, Verbrennungen, Hautgangrän u. a. In vielen Fällen von Hautsyphilis und Hautmykosen ist sie ein gutes Adjuvans. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kenntnis der biologischen Wirkungen des Radiums, von L. Arzt und W. Kerl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 14.) Im Hinblick auf die divergierenden Angaben in der Literatur haben Verfasser eine Reihe Versuche, teils mit induzierter Aktivität, teils mit der Strahlenwirkung des Radiums selbst angestellt, um über die biologischen Wirkungen Klarheit zu bekommen. Die Resultate waren vielfach negativ und widersprechend. Die positiven Ergebnisse fassen sie in folgenden Schlußfolgerungen zusammen: 1. Der induzierten Radioaktivität kommt eine, wenn auch schwach bakterizide Wirkung zu. 2. Durch Bestrahlung von Lezithin, insbesondere in Substanz, scheinen Veränderungen vorzugehen, da sich Differenzen zwischen dem bestrahlten und unbestrahlten Lezithin in bezug auf die Aktivierung der Kobragifthämolyse ergeben. 3. Radium in Substanz ist, an Trypanosomen bemessen, eine bakterizide Wirkung eigen, die im Tierversuch zum Ausdruck gebracht werden kann. W. Lehmann-Stettin.

Die im Jahre 1912 im Royal Infirmary zu Edinburgh mit Radium behandelten Fälle, von D. Turner-Edinburgh. (Brit. med. Journ., 22. März 1913, und Lancet, 22. März 1913.) Im ganzen wurden 41 Personen behandelt. Es litten davon an Ulcus rodens 11, ebenso viele an Nävus, 12 an Krebs resp. Sarkom und die anderen an verschiedenen Affektionen. Die besten Resultate erzielte Verfasser, wie andere Beobachter, beim Ulcus rodens und bei Nävus. Auch scheint bei einigen Krebsfällen ein voller Erfolg erzielt worden zu sein, aber im allgemeinen kann über das Endergebnis ein bestimmtes Urteil nicht gefällt werden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Kauterisation vermittels Kälte, von R. Burnier. (Presse méd., 1913, Nr. 29.) Der Verfasser gewinnt seinen Kohlensäureschnee vermittels der von der „Sparklets"-Gesellschaft von England aus in den Handel gebrachten Apparate. (Referent kennt die Apparate aus eigener Erfahrung und kann sie als äußerst kompendiös und handlich nur empfehlen.) Es existieren zwei Modelle dieser Apparate: 1. das tragbare Modell mit einer ganz kleinen Kohlensäurebombe, das man leicht in die Wohnung des

Digitized by Google

Kranken mitnehmen kann, 2. das sogenannte Spitalmodell mit einer größeren, aber immer noch sehr handlichen Bombe auf Stativ. An die Bombe wird ein Behälter angeschraubt, der direkt in die zur Aufnahme des Kohlensäurezylinders bestimmte Form ausläuft. Ist der Behälter mit Kohlensäureschnee gefüllt, so wird er abgeschraubt und der Schnee in die zylindrische Form eingestampft. Der Verfasser gibt folgende Direktiven und Indikationen für die Kohlensäureschneebehandlung: 1. Lupus erythematosus: 5—15 Sekunden und 8—12 Applikationen (bei chronischen Formen mit Atrophie länger als bei oberflächlichen nur erythematösen Formen), 2. Naevi plani pigmentosi: 20 bis 30 Sekunden, 1—2 Sitzungen, 3. Naevi varicosi: 20—90 Sekunden alle 10—14 Tage, 4. Naevi vasculosi plani: 2—8 Sitzungen von 40 Sekunden. Der Erfolg ist hier zweifelhaft. Besser ist er bei den 5. Naevi cavernosi. Auch 6. Teleangieektasien nach Röntgenstrahlen und Radium werden günstig beeinflußt. 7. Oberflächliche Epitheliome: 30 Sekunden, bei tieferen Krebsen sind oft 1—3 Minuten erforderlich. 8. Seborrhoische und senile Warzen verschwinden oft nach einer Applikation von 10—40 Sekunden. 9. Juvenile Warzen: 1—2 Applikationen von 20—30 Sekunden. 10. Gewöhnliche Warzen verlangen einen starken Druck mit einem Kohlensäurezylinder, der den doppelten Durchmesser als die Warze hat, bei einer Dauer von 40—60 Sekunden, ja bis zu 3 Minuten. Die oberflächliche Partie der Warze wird bald nekrotisch, und eine zweite Applikation bringt sie dann ganz zum Abfallen. 11. Hühneraugen und Leichdorne verlangen 2 Applikationen 30—60 Sekunden lang unter starkem Druck. 12. Keloide: 30 bis 50 Sekunden. 13. Lentigo: 10 Sekunden. Auch beim Nackenkeloid, Chloasma, Xanthom und Xeroderma pigmentosum, bei Tätowierungen und beim Trachom werden gute Erfolge mit Kohlensäureschnee erzielt. A. Gunsett-Straßburg.

Über eine Modifikation der Staphylokokkenvakzine, von Georg Wolfsohn-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.) Verfasser berichtet über Erfahrungen mit der Staphylokokkenvakzine, die außer den toten Bakterienleibern auch die Filtrate lebender Kulturen bei der Immunisierung berücksichtigt (hergestellt von der Kaiser-Friedrich-Apotheke, Berlin), und hat recht gute Erfolge mit derselben bei chronischen Ekzemen und Furunkulose. Keine üblen Nebenwirkungen. Franz-Dresden.

Vakzinotherapie mit Virusvakzine von Besredka, von W. Broughton-Alcock. (Bull. méd., 1913, Nr. 31.) Verfasser hat bei einfacher Blennorrhoe keine Erfolge gesehen, dagegen Besserung bei Komplikationen. Ferner erzielte er Besserung bei Akne, Impetigo und seborrhoischem Ekzem. Bei Furunkulose waren die Resultate ausgezeichnet, bei Sykosis minder gut. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Wassermannsche Histopintherapie in der Dermatologie, von Max Joseph-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.) Verfasser sieht in Histopin eine Bereicherung der dermatologischen Heilmittel. Histopin kommt in Form einer Gelatine und einer Salbe in den Handel und besteht aus einem Staphylokokkenextrakt. Die Gelatine wird zweimal täglich bis zu 1 ccm auf das kranke Gebiet mit Watte aufgetragen. Nach 14tägiger Anwendung braucht es nur noch abends acht Tage lang aufgestrichen zu werden. Es wirkt rein immunisierend als Vorbeugungsmittel bei Furunkulose, Pemphigus vulgaris, dagegen auch kurativ bei Impetigo Bockhart, Impetigo contagiosa, Blepharitis ciliaris und einigen Ekzemformen, sowie der frisch aufgeschossenen Akne vulgaris. Die besonders geeigneten Ekzeme sind Lippenekzeme, perionychale Ekzeme und chronische Handekzeme mit akuter Exzerbation. Bei Akne varioliformis glaubt Verfasser an rascheres Abheilen wie unter der bisherigen Therapie. Viktor Caesar-Dresden.

Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums, von B. Spiethoff-Jena. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Nachdem von anderer Seite über therapeu-

Digitized by Google

tische Erfolge mit arteigenem und andererseits auch mit artfremdem Serum berichtet worden ist, hat S. auch noch Beobachtungen über die Wirkung des dem Patienten selbst entnommenen und wieder zugeführten Eigenserums angestellt. Es wurden bei Erwachsenen 100 ccm, bei jugendlichen Personen 50 ccm Blut aus einer Kubitalvene in sterile elektrische Zentrifugengläser von 50 ccm Fassungsvermögen, in denen sich eine Spirale befindet, aufgefangen, drei Minuten zentrifugiert und abgesogen. In der Regel wurde das Serum noch durch ein halbstündiges Erwärmen auf 55—56° inaktiviert, doch ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen, ob ein Unterschied besteht zwischen dem inaktivierten und dem aktiven Serum. Möglichst bald nach der Präparation des Serums wurde davon je nach der entnommenen Menge 10—25 ccm dem Spender venös eingespritzt, und dies je nach Bedarf zwei- bis dreimal wöchentlich bis zur Verabreichung von sechs Einspritzungen wiederholt. Es wurden folgende Affektionen auf diese Weise behandelt: Ekzeme, sowohl chronische als auch akute, Psoriasis, Urtikaria, Dermatitis herpetiformis Duhring und Hebrasche Prurigo. Von den letzteren drei Affektionen gibt Verfasser die Krankengeschichten in ihren Hauptzügen wieder. In manchen Fällen kam es zu ausgesprochenen Reaktionen, während andere Injektionen völlig reaktionslos vertragen wurden. Gelegentlich schien es, als ob eine lebhaftere Reaktion zur Erreichung einer Heilwirkung notwendig war. Diese Beobachtungen sollen keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden; immerhin konstatiert Verfasser, daß dem Eigenserum für viele Fälle eine ausgesprochene therapeutische Wirkung innewohnt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über wasserhaltige Salbengrundlagen. (Ärztl. Viertelj.-Rundsch., 1912, Nr. 4.) Mitin von Jessner erfunden als die Salbengrundlage, welche allen Anforderungen entspricht, zumal es fast alle Heilmittel jeglicher Konsistenz aufnehmen kann. Selbst die wenigen Heilmittel, wie Resorzin, Ichthyol, Karbolsäure, Chloral, Kampfermenthol, welche mit wasserhaltigen Salbengrundlagen eine teilweise Trennung der Flüssigkeit vom Fett bewirken, können durch Zusatz von Öl oder Paraffinum liquidum dem Mitin einverleibt werden.

Chrzelitzer-Posen.

Ätzpasten mit Acidum sulfuricum, von W. A. Pusey-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 8. Februar 1913.) Historische Studie über die altbekannten Schwefelsäureätzpasten, die heute kaum noch praktische Bedeutung haben, da uns bessere Ätzmittel zur Verfügung stehen.

Fendt-Wiesbaden.

Die chemotherapeutische Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten, von P. Uhlenhuth, P. Mulzer und G. Hügel-Straßburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 9.) An Versuchsprotokollen wird nachgewiesen, daß das urethanophenylstibinsaure Natrium und das benzolsulfon-p-aminophenylstibinsaure Natrium ein wirksames Mittel gegen Hühnerspirillose ist. Mit diesen beiden Mitteln und außerdem mit azetyl-p-aminophenylstibinsaurem Natrium wurden außerdem Erfolge bei Kaninchensyphilis, bei Rekurrens- und Schlafkranken, sowie mit Dourine infizierten Tieren erzielt. Das azetyl-p-aminophenylstibinsaure Natrium war bei menschlicher Syphilis unwirksam.

Viktor Caesar-Dresden.

Über die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum Kalium cyanatum, von W. Heubner-Göttingen. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Zu dem Aufsatz von Bruck und Glück (Münch. med. Wochenschr., 1913, S. 57) bemerkt Verfasser, daß er schon im Jahre 1907 Untersuchungen über die Wirkung von Gold- und Natriumzyanat veröffentlicht hat, wobei er nachwies, daß eine Lähmung der kontraktilen Elemente der Blutkapillaren dadurch hervorgerufen wird. Ob diese Salze zu Tumorelementen eine besondere Affinität besitzen, müsse erst noch nachgewiesen werden, jedenfalls sei

Digitized by Google

die Einwirkung auf das Zirkulationssystem das auffallendste und wichtigste Moment dabei. Philippi-Bad Salzschlirf.

Konservative Behandlung von Entzündungen mittels Antiphlogistine, von Holzapfel-Schwenningen a. N. (Württ. med. Korr.-Blatt, 1912, Nr. 200.) Warme Empfehlung der Antiphlogistine bei Entzündungen jeder Art an Stelle von Breiumschlägen oder Kataplasmen. Sie besteht aus fein pulverisiertem wasserfreiem Aluminiumsilikat und reinem Glyzerin mit Zusatz von kleinen Mengen antiseptischer Substanzen und ätherischen Ölen und wird heiß und in dicker Schicht auf den Entzündungsherd aufgetragen, auf dem es zirka 24 Stunden liegen bleiben kann.

Ihre Wirkung wird als schmerzstillend, schnell erweichend, zuweilen Infiltrate zurückbildend geschildert, bei Hautleiden soll sie günstige Wirkung bei chronischen Ekzemen und Hyperkeratosen ausüben. H. Lautsch-Graudenz.

Über den klinischen Wert des Scharlachrot und Amidoazotoluol, von N. Dobralowskaja-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 83, H. 1.) Verfasser veröffentlicht elf Fälle, in denen er entweder symmetrische, ziemlich gleichartige Wundflächen zu behandeln hatte oder ausgedehnte Wundflächen, die er in zwei annähernd gleiche Abschnitte teilen konnte, so daß er die Wirkung von Scharlachrot, Amidoazotoluol, trockenen Verbänden oder indifferenten Salbenverbänden nebeneinander zu beobachten imstande war. Die Resultate sprachen bis auf einen Fall durchweg zugunsten der letztgenannten Behandlungsmethoden, mittels derer die Verheilung immer etwas früher und schmerzloser erreicht wurde als durch Scharlachrot und Amidoazotoluol.

Lasch-Breslau.

Das Silbernitrat in der Dermatologie, von P. Sabella. (Morgagni, 17. März 1913.) Der Verfasser unterscheidet eine antiseptische Eigenschaft des Höllensteins, welche kaum geringer ist als diejenige des Sublimats, eine keratoplastische, eine antipruriginöse und eine kaustische Wirkung und bespricht die verschiedenen Hautkrankheiten (Furunkel, Ekzem, Neurodermitis, Pruritus analis), bei welchen es angewendet werden kann. A. Gunsett-Straßburg.

Über ein neues Antiseptikum — Doriform — in der Hautpraxis. (Med. Press. a. Circ., 15. Januar 1913.) Doriform ist ein unschädliches, reizloses, völlig geruchloses, gelbes, unlösliches, sterilisierbares Pulver, das eine Kombination von Wismutoxyd mit Tetrapyrokatechin darstellt. Sein Hauptvorzug beruht darin, daß es, wenn auch in geringerem Grade, die antiseptischen Eigenschaften des Jodoforms besitzt. Bei Hautgeschwüren, besonders bei denen des Unterschenkels, leistet das Mittel dasselbe wie Jodoform, ohne jedoch Dermatitis zu verursachen. 5—10%ige Doriformsalbe bewährte sich bei akuten Ekzemen, Impetigo contagiosa und anderen pustulösen Dermatitiden; bei Herpes tonsurans (Ringworm) in Kombination mit Karbol- und Salizylsäure. Besonders zu empfehlen ist es auch als Streupulver mit darüberliegendem Salbenverband. Mit Zinkoxyd, Borax und Amylum als Streupulver verordnet, ist Doriform wirksam bei Rosacea und anderen erythematösen Veränderungen der Haut, ebenso bei den verschiedenen Formen von Intertrigo. Doriform soll eine schätzbare Vermehrung der dermatologischen Heilmittel bedeuten. Fendt-Wiesbaden.

Einige Erfahrungen über Viljacreme (Unguentum herbale Obermeyer), von Alexis Schmidt-Eibenstock. (Allg. med. Zentralztg., 1913, Nr. 15.) Verfasser hat mit dem Viljacreme vorzügliche Erfahrungen bei Pruritus, sowohl essentiellem als auch bei Pruritus auf nervöser und diabetischer Basis und bei juckenden Hautkrankheiten gemacht. Bei juckender Psoriasis, Ekzemen, Frostbeulen usw. schwand nicht allein der Juckreiz, sondern es trat auch wenige Tage nach der Anwendung ein Abblassen der Hauterschei-

Digitized by Google

nungen auf. Wenn auch Unguentum herbale Obermeyer nicht wegen seiner mehr indifferenten Natur als ein Bekämpfungsmittel schwerer Hautaffektionen angesehen werden kann, so ermuntern doch die vom Verfasser angeführten Beispiele auf jeden Fall bei allen Formen des Juckreizes dasselbe zu versuchen. Unter allen seinen Fällen hat er bloß einen einzigen entschiedenen Versager gehabt. Eduard Kobligk-Berlin.

Die Behandlung von Karbunkeln, Furunkeln, Staphylokokkeninfektionen und gewissen Streptokokkeninfektionen durch große innerliche Dosen von verdünnter Schwefelsäure, von J. Reynolds und R. J. Reynolds-London. (Lancet, 15. März 1913.) Seit mehreren Jahren haben Verfasser die oben genannten Affektionen in der Weise behandelt, daß sie alle vier Stunden 1—2 g verdünnte Schwefelsäure (des englischen Arzneischatzes) in etwa 60 ccm Wasser eingaben und lokal nur eine ziemlich indifferente Salbe (Karbolvaselin 1 : 20) oder Watteverband applizierten. Sie bringen vier Krankengeschichten von recht günstig verlaufenen Schwererkrankungen als Beispiele aus ihrem sonstigen umfangreichen Beobachtungsmaterial. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Organotropie und Parasitotropie des Atoxyls und Salvarsans, von Igersheimer-Halle a. S. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 11.)

Über Organotropie und Parasitotropie des Atoxyls und Salvarsans, von Karl Ullmann. Erwiderung auf die Bemerkung von Priv.-Doz. Dr. Igersheimer. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 12.) Igersheimer macht auf seine, von Ullmann nicht erwähnten Arbeiten aufmerksam; Ullmann verweist in seiner Erwiderung auf eine demnächst erscheinende ausführliche Arbeit über seine Experimente.

W. Lehmann-Stettin.

Quecksilber und Salvarsan. Bemerkungen zur Syphilistherapie und zur Wirkung der gebräuchlichen Antisyphilitika, von E. Finger-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 15.) Aus den Ausführungen geht hervor, daß die Annahme von einer direkten parasitiziden Wirkung des Quecksilbers und Salvarsans durchaus nicht erwiesen ist, Klinik und Experiment vielmehr die Annahme als vollberechtigt erscheinen lassen, daß deren Wirkung eine indirekte, rein „stimulierende", alle Abwehrkräfte des Organismus steigernde sei. Daß aber weiter gar kein Grund vorliege, zwischen der Art und Weise der Wirkung des Quecksilbers und des Salvarsans einen prinzipiellen Unterschied anzunehmen, daß vielmehr der Wirkungscharakter des Quecksilbers und des Salvarsans im wesentlichen der gleiche sei.

Nach den, an einem großen Material von etwa 300 Fällen gemachten Erfahrungen gibt Verfasser die Möglichkeit zu, daß bei Wassermann-negativen Initialfällen eine Abortivbehandlung erreicht wird, doch ist nach seiner Meinung in der Beurteilung noch große Vorsicht nötig und übereilter Optimismus nicht am Platze. Denn er hat Patienten gehabt, bei denen bis zu zwei Jahren der Wassermann negativ blieb und dann doch noch sekundäre Erscheinungen und positiver Wassermann auftraten. Ganz abgesehen davon, daß mit Rücksicht auf das lange Verharren vereinzelter Spirochätenherde in latentem Zustande die Aussichten bezüglich Tabes und Paralyse nicht glänzende sind, besonders wenn man bedenkt, daß erfahrungsgemäß diese sich gerade unter Patienten mit Syphilis sine exanthemate vorfindet.

Im tertiären Stadium der Syphilis erscheint Salvarsan überall dort am Platze, wo wir rasche Wirkung erzielen wollen; im Sekundärstadium hat die Salvarsanbehandlung lieber zu unterbleiben, wegen der Möglichkeit von Schädigungen, die Verfasser ausführlich unter eingehender Berücksichtigung der ganzen Literatur ausführt.

W. Lehmann-Stettin.

Experimentelle Studien über die innerliche Salvarsanverabreichung bei Mensch und Tier, von John A. Kolmer und Jay Frank Schamberg-Philadelphia. (Journ. of

Digitized by Google

Exper. Med., 1912, Nr. 5.) Die mitgeteilten Versuche, Salvarsan Tieren und Menschen innerlich beizubringen und den toxischen und therapeutischen Effekt in dieser Einverleibungsmethode festzustellen, haben die Verfasser zu folgenden Schlüssen geführt.

1. Salvarsan läßt sich in Pillen, Kapseln oder Solutionen Tieren beibringen in einer Dosis von 0,02 bis 0,03 g pro Kilo Körpergewicht, ohne toxische Erscheinungen hervorzurufen. 2. Nach der Einverleibung per os war Arsen nachweisbar im Urin und in der Galle nach 24 Stunden, war aber verschwunden nach 72 Stunden. 3. 24 Stunden nach der Verabreichung von Salvarsan war die Zahl der Bakterien im Intestinaltraktus erheblich vermindert, aber fast nur am unteren Ende des Ileums. 4. Das durch den Mund und vergleichsweise intravenös eingegebene Salvarsan zeigte in Dosen, die annähernd mit den bei den Menschen üblichen übereinstimmten, bei Ratten 96 Stunden nach der Darreichung keine merklichen mikroskopischen Veränderungen in den lebenswichtigen Organen. 5. Mit Ausnahme einiger weniger Fälle, in denen geringes Übelsein und Diarrhoe auftrat, wurde bei Gaben von 0,6 per os bei Menschen keinerlei toxische Erscheinung bemerkbar. Leider aber war der therapeutische Effekt dieser Methode mit Ausnahme eines Falles, der auch zur merklichen Besserung fast sechs Wochen brauchte, ein so geringer, daß die Verfasser nach den bisherigen Erfahrungen die Methode nicht empfehlen zu können glauben. Lasch-Breslau.

Über den therapeutischen Wert des Salvarsans, von Tadeusz Trzcinski. (Medycyna, 1912, Nr. 42 und 43.) Das Pro et contra der Salvarsantherapie faßt der Verfasser in folgenden Sätzen zusammen: Das Salvarsan ist ein schätzbares Ergänzungsmittel des antiluetischen Arzneischatzes, ohne Vermögen das Quecksilber und Jod zu verdrängen, hingegen ist das Salvarsan imstande, bei torpiden ulzerösen Formen das lästige Decoctum Zittmanni effektvoll zu vertreten. Die heutige Therapie läßt sich — speziell in manchen Fällen — ohne Salvarsan nicht denken, reicht aber ohne Quecksilber und Jod nicht aus, warnt aber vor Abusus des Salvarsans bei der weiteren Behandlung. H. Rosmarin-Lemberg.

Über die Anwendung von Salvarsan bei Sklerom der oberen Luftwege in einem Falle von Lues und Tuberkulose und in einigen Fällen mit zweifelhafter Diagnose, von Leopold Lubliner. (Medycyna, 1912, Nr. 47.) In zwei Fällen von Rhinosklerom, wobei auch die Schleimhaut des Pharynx und Larynx angegriffen waren, zeigte das Salvarsan gar keine Wirkung, dagegen wurde bei einer Sepsis infolge eines peritonsillaren Abszesses, weiter bei einem Tonsillarulkus und tuberkulöser Infiltration des Larynx (Pirquetsche Reaktion positiv), bei Larynxstenose auf Basis hereditärer Syphilis und bei schwerer Angina Vincenti, ein glänzender Heileffekt erzielt.

H. Rosmarin-Lemberg.

Salvarsan und Neosalvarsan, von Stanislaus Mondschein. (Prz. Lekarski, 1912, Nr. 31.) Nichts Neues. H. Rosmarin-Lemberg.

Die Anwendungsart des Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion, von C. Stern-Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 13.) Folgende sehr einfache Technik hat Verfasser seit mehr als einem Jahr angewandt und bei mehr als tausend Verabreichungen sehr bewährt gefunden: In einem Erlenmeyerschen Kolben von 3—500 g Inhalt wird eine kleine Portion Leitungswasser einmal gründlich (5 Minuten lang) aufgekocht, worauf man das Kölbchen mit einem Wattebausch verschließt und das Wasser auf 30° C abkühlen läßt. Ist dies so weit vorbereitet, so schüttet man in eine mit absolutem Alkohol desinfizierte und gut lufttrocken gemachte Rekordspritze von 10 ccm Fassungsvermögen, während man das untere Ende mit dem Finger zuhält, 5—8 g des gekochten Wassers, nachdem man unmittelbar zuvor das Neosalvarsanröhrchen mit der Feile geöffnet hat. Das Salz wird dann auch sofort in die Rekordspritze ge-

Digitized by Google

schüttet, der Spritzenstempel darauf gesetzt und nun in der Spritze die Lösung durch mehrfaches Hin- und Herschütteln erzielt, was in etwa $^1/_2$ Minute vollständig erreicht wird. Die Einspritzung erfolgt in die Armvene, die durch Bindentour vorher oben gestaut ist. Nach gründlicher Desinfektion der Haut mit Alkohol wird die Kanüle in das Gefäß eingestochen, worauf man den Spritzenstempel ein wenig zurückzieht, bis ein Blutstrahl in die Spritze dringt. Darauf wird die Binde gelöst, und man spritzt langsam ein. Wenn man Altsalvarsan verwenden will, was nach STERNS Erfahrungen dem neueren Präparate gegenüber keine besonderen Vorteile bietet, so kompliziert sich dieses einfache Verfahren nur noch durch das notwendige Neutralisieren, was in irgend einem auskochbaren kleinen Glasgefäß von etwa 20 g Inhalt vorgenommen werden kann, da auch hierbei nur ein Quantum von etwa 8 ccm Wasser zur Lösung verwendet wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Versuche mit Neosalvarsan; die intramuskuläre Methode, von JOSEPH KAUFMANN-New York. (New York med. Journ., 22. März 1913.) Die Erfahrungen an über 50 Fällen brachten K. zu folgenden Schlüssen. Eine einzige Injektion genügt nicht zur Heilung; Neosalvarsan kommt dem Salvarsan an Wirkung gleich. Die intramuskuläre Methode ist wirksamer als die intravenöse, ihre Erfolge sind anhaltender, wenn auch nicht so rasch eintretend wie die der intravenösen Methode. Der mit der Injektion verbundene Schmerz, wenn ein solcher überhaupt vorhanden, ist kein stichhaltiger Einwand gegen diese Methode, zumal bei der Injektion nach WOLBARST einige Tropfen einer 1%igen Eukain- oder Alypinlösung der Neosalvarsanglyzerinmischung zugesetzt werden. Mit aseptischer Technik besteht keine Gefahr, Abszesse oder Nekrose hervorzurufen.

Stern-München.

Neue Methode der intravenösen Injektion von Neosalvarsan, von PAUL RAVAUT. (Presse méd., 1913, Nr. 18.) Der Verfasser schlägt vor, die Gefahren des „Wasserfehlers" durch Reduzierung der Flüssigkeitsmenge zu erreichen. Er löst 0,45 und 0.6 Neosalvarsan in 10 ccm destilliertem Wasser, 0,75 und 0,9 in 15 ccm. In diesem Verhältnis sah er in vitro niemals Hämolyse des frisch abgenommenen Blutes. Die Nebenerscheinungen (Fieber, Nausea, Erbrechen) schienen ihm bei dieser Methode seltener aufzutreten, die therapeutischen Resultate waren gleich. Die Injektionen werden mit einer Glasspritze vorgenommen, so daß jetzt auch der Gummischlauch vermieden wird. Nicht zuletzt ist die Schnelligkeit ein Vorzug dieser Methode. Er konnte in zwei Stunden 36 Kranke injizieren.

A. Gunsett-Straßburg.

Zwei Fälle von Neosalvarsanvergiftung, von P. WAHLE-Köln. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Auf die technisch einwandfreie intravenöse Darreichung von 0,9 Neosalvarsan erkrankten beide Patienten mit intensiver Albuminurie und sehr bedenklichen Allgemeinerscheinungen, doch sind sie beide nach mehr oder minder langem Krankenlager schließlich völlig genesen. Der erste Fall, ein 21jähriger Student mit einer fünf Wochen alten Infektion, leichter Roseola und positivem WASSERMANN und Spirochätenbefund, erkrankte alsbald nach der Injektion mit Fieber und Erbrechen und entleerte am zweitfolgenden Tage einen Urin, der nach ESBACH 20‰ Eiweiß (!) enthielt. Bei dem anderen Patienten, einem 21jähriger Friseur, stieg die Albuminurie weniger hoch an (5‰), aber die Brechneigung hielt eine volle Woche an, und das ganze Krankheitsbild war ein sehr ernstes. Am achten Tage nach der Injektion wurde eine krupöse Pneumonie konstatiert, welche größere Dimensionen annahm.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Organveränderungen beim Salvarsantod, von RUH. (Cleveland med. Journ., September 1912.) Ein Patient mit positivem WASSERMANN und klinischen Zeichen der Syphilis bekommt 0,5 Salvarsan in alkalischer Lösung intravenös und stirbt innerhalb

Digitized by Google

fünf Tagen bei vollkommener Anurie. Die Sektion ergab alle Anzeichen schwerer Vergiftung, besonders degenerativer Veränderungen mit Wucherung der parenchymatösen Elemente in Nieren und Leber. W. Lehmann-Stettin.

Angioneurosen.

Die Behandlung der Urtikaria mittels Adrenalin, von A. W. Swann-New York. (Amer. Journ. med. scien., März 1913.) Bei fünf Kranken resp. bei sechs Attacken von Urtikaria hat Verfasser subkutane Injektionen von Adrenalin verabreicht. Er benutzte die von Parke, Davis & Co. gelieferte (1 : 1000) Lösung von Adrenalinchlorid und gab je nach dem Alter der Patienten 0,3—1,0 in zwei durch eine Pause von 10 Minuten getrennten Dosen. Das Alter der Kranken variierte von $3^1/_2$—28 Jahren. Die Urtikaria war teils auf gastrointestinale Störungen, teils auf die Wirkung von Diphtherieantitoxin zurückzuführen. In allen Fällen trat eine prompte Beeinflussung der Hautläsionen ein; nach einigen Minuten schon sah man dieselben blaß werden und schwinden als Wirkung schon der ersten Injektion; allerdings traten nach einigen Stunden in der Regel die Quaddeln mit unverminderter Intensität wieder hervor. Immerhin ist die Einwirkung des Adrenalins auf den Tonus der Gefäße in der Haut bemerkenswert, und Verfasser weist darauf hin, daß man beim angiospastischen Ödem einen günstigen Erfolg von diesem Mittel zu erwarten berechtigt wäre.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ödem der Lider, von George W. Vandegrift-New York. (New York med. Journ., 18. Jan. 1913.) Das Ödem der Augenlider kann entzündlicher oder nicht entzündlicher Natur sein und seine Ursache in den Lidern selbst, im Augapfel und dessen Adnexen oder im allgemeinen Organismus haben. Die häufigste Ursache ist das Hordeolum (Infektion der Haarfollikel), es gibt aber noch eine Reihe von Lidaffektionen, ferner chronische Dakryozystitis, heftige Entzündung der Tenonschen Kapsel, Tarsitis, eine Erscheinung der tertiären Syphilis, Dermatitis infolge von Primelintoxikation, die mit entzündlichem Lidödem verbunden sind. Nichtempfindliches Ödem kann die Folge von Angioneurosis (wahrscheinlich durch intestinale Intoxikation bewirkt, auch zur Zeit der Menses vorkommend), von allgemeinen Kreislaufstörungen (bei Nierenerkrankungen, akuten Infektionskrankheiten der Kinder, hohen Arsengaben), katarrhalischer Entzündung der akzessorischen Nasenhöhlen sein. Mit der kurzen Beschreibung all dieser ätiologischen Bedingungen möchte Verfasser darauf hinweisen, daß Ödem der Augenlider nicht bloß bei gewöhnlichen Affektionen, wie Chalazeon und Gerstenkorn vorkommen, sondern auch für Ethmoiditis, Gehirnerkrankungen und chronische Nierenentzündung von diagnostischer Bedeutung sein kann. Stern-München.

Quinckesche Krankheit und Schwangerschaft, von Ballerini. (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e Ginec., 26. Jan. 1913.) Der Verfasser teilt zwei seltene Krankengeschichten von vorübergehendem angioneurotischem Ödem während der Schwangerschaft mit. In einem der Fälle war dasselbe von einer Herzneurose begleitet bei einer Kranken mit Situs viscerum inversus. Der Verfasser glaubt an einen innigen Zusammenhang der Erkrankung mit der Schwangerschaft; da ihr Beginn in dem einen der Fälle mit dem Beginn der Gravidität zusammenfiel und sie bei Persistieren der Amenorrhoe post partum noch zunahm. Andererseits glaubte er aber nicht, daß die Gravidität von sich allein in erheblichem Maße einen schädigenden Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung haben kann, da sie ganz unabhängig von ihr in normaler Weise verlief. In der Pathogenese der Erkrankung spielt wahrscheinlich die vermehrte Schilddrüsentätigkeit eine Rolle. In einem Falle hatte übrigens eine eingeleitete Schilddrüsentherapie guten Erfolg. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Ein durch die Förstersche Operation erfolgreich behandelter Fall von Erythromelalgie, von J. Mayesima-Kyoto. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1913, Bd. 122. H. 1 u. 2.) Es handelt sich um eine hartnäckige Erythromelalgie bei einer hysterischen Person, welche durch die Förstersche Operation sehr günstig beeinflußt wurde. In bezug auf die Pathogenese der Erythromelalgie sind die Ansichten geteilt. Im allgemeinen beruht diese Affektion auf einer Störung der Gefäßnerven bezüglich einer vasomotorischen Neurose. Es frägt sich nun, ob die Gefäßnervenzentren, die in der Medulla oblongata, im Rückenmark und Sympathikus oder auch im Großhirn gelegen sind, oder die peripherischen Nervenfasern den Sitz der Erkrankung bilden. Bei der hier geschilderten Affektion, die alle vier Extremitäten ergriff, dürfte wohl der zentrale Sitz in Betracht kommen. Verfasser empfiehlt die Förstersche Operation bei hartnäckigen Fällen dieses Leidens.

A. Chrzelitzer-Posen.

Die Pathogenese der infektiösen Erytheme, von Weill und Gardère. (Lyon méd., 1913, Nr. 8.) Verfasser hatten Gelegenheit gehabt, acht Fälle von infektiösem Erythem, das im Verlauf einer akuten Infektionskrankheit, meistens Masern, auftrat, zu studieren. Sie kommen zu dem Schlusse, daß diese Erytheme der Effekt einer sekundären Infektion seien. Es dürfte sich um die Wirkung der Toxine von Staphylokokken und Streptokokken handeln. Die Bedeutung der viszeralen Erscheinungen ist noch nicht klar. Richard Frühwald-Leipzig.

Angioneurotische Exantheme nach Aspirin, von Anderson. (Canadian Practitioner, September 1912.) In den zwei mitgeteilten Fällen handelte es sich um Frauen von 35—40 Jahren, die überhaupt eine Idiosynkrasie gegen verschiedene Medikamente zeigten. Es kam zu ödematösen Schwellungen des Gesichtes, besonders der Lippen, doch auch der Extremitäten, mit Pulssteigerung und allgemeiner Schwäche; dazu eine über den ganzen Körper ausgebreitete urtikarielle Eruption. W. Lehmann-Stettin.

Pellagra in Illinois. (Arch. of intern. Med., August 1912.) In dem Berichte der Pellagrakommission von Illinois wird nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Pellagra erst das Statistische über die Pellagrafälle in Illinois gebracht. Dann werden unter Anführung ausführlicher Krankengeschichten die klinischen, bakteriologischen, serologischen, diätetischen usw. Beobachtungen und Untersuchungen erörtert, die zum kurzen Referate nicht geeignet sind. Die Kommission kommt zu dem Schlusse, daß die Pellagra durch Infektion mit einem lebenden Mikroorganismus bedingt sei, der wahrscheinlich sich im Darme aufhält. Der Mangel von tierischem Eiweiß in der Nahrung scheint ein prädisponierender Faktor zu sein. Die Zahl der Pellagrakranken bildet eine große Gefahr für Illinois, und es sind daher sorgfältigst alle Fälle zu suchen und zu isolieren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Blutbefunde bei Pellagrakranken, von O. S. Hillman-New-York. (Amer. Journ. med. scien. April 1913.) Verfasser hat, wie er in tabellarischer Übersicht darlegt, bei 37 Patienten das prozentuale Verhältnis der Leukozyten (polynukleare, kleine Lymphozyten, große Lymphozyten, große, einkernige Übergangsformen, Eosinophile und Maßzellen) durch genaue Zählungen festgestellt und außerdem bei zwölf weiteren Fällen auch noch den Hämoglobingehalt, den Farbindex und die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen im cmm bestimmt. Aus diesen sorgfältig durchgeführten Untersuchungen ergibt sich, daß ein gewisser Grad von Anämie gelegentlich, aber nicht mit irgend welcher Regelmäßigkeit, bei Pellagrakranken anzutreffen ist. Auffallend erscheint das häufige Auftreten einer ausgesprochenen Leukozytose, deren Entstehung nicht recht erklärlich ist, die aber vielleicht auf eine Infektion von obskurer Art hindeutet. In bezug auf die großen mononukleären Leukozyten und die Eosinophilen waren irgend welche charakteristischen oder konstanten Variationen nicht zu konstatieren gewesen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Biologie und Morphologie des Streptobacillus pellagrae, von G. Tizzoni und G. Deangelis-Bologna. (Pathologica, 1913, Nr. 105.) Bei Kulturen des Streptobacillus pellagrae in Carnot-Garnierschen Röhren konnten die Verfasser bei dem Übergang der Keime aus dem ersten Schenkel in den zweiten durch den feinen Quarzsand hindurch die Umwandlung eines Kulturtypus in den anderen beobachten, und durch sukzessive Verpflanzungen aus dem zweiten Schenkel der Röhren auf Blutbouillon einen graduellen Übergang der Keime vom Typus A zum Typus B erzielen. Die beiden Typen sind voneinander morphologisch, kulturell, biologisch und tinktoriell verschieden. K. Rühl-Turin.

Verschiedenes.

Zum Orte der nächsten **Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte** wurde Hannover erwählt.

Im Interesse der **Lupusbekämpfung** hat das bayrische Staatsministerium durch die Distriktsverwaltungsbehörden die Ortsgemeinden, Bezirksärzte, Krankenkassen, Fürsorgestellen usw. angewiesen, für alle versicherte Personen, die an Lupus erkrankt sind, in geeigneten Fällen die Übernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalten anzuregen.

Paul Ehrlich wurde zum Ehrenmitgliede der Deutschen Gesellschaft für Nervenheilkunde gewählt.

Prof. J. Jadassohn-Berlin wurde zum Mitgliede des wissenschaftlichen Ausschusses für die medizinische Hauptgruppe der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte gewählt.

Dr. Iwan Bloch in Berlin wurde zum korrespondierenden Ehrenmitgliede der Royal Society of London gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Friedrich Luithlen in Wien ist zum Generalsekretär der vom regierenden Fürsten Johann von und zu Liechtenstein gemachten Stiftungen für wissenschaftlich-therapeutische Zwecke bestellt worden.

Der durch seine Variolaforschungen bekannte Hamburger Impfarzt Dr. E. Paschen erhielt vom Senate der Freien und Hansestadt Hamburg den Titel Professor.

Dr. H. R. G. J. Brongersma hat sich an der Universität Amsterdam als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Dr. H. Tenneson, gewesener leitender Arzt am Hôpital Saint Louis in Paris, ist gestorben.

Der praktische Arzt und Röntgenforscher Dr. E. B. Baker in New York ist an den Schädigungen, die er sich bei seinen Experimenten mit den X-Strahlen zugezogen hatte, gestorben.

Geh. Komm.-Rat Dr. med. h. c., Dr. ing. h. c., Dr. phil. Louis Merck, Seniorchef der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Oktober 1913 | Nr. 43 | Band 57

Aus dem Ambulatorium der Wiener Bezirkskrankenkasse
(Vorstand: Priv.-Doz. Dr. Siegfried Grosz).

Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter).

Von

Dr. Julius Fürth.

Auf dem Internationalen Laryngologenkongreß, Berlin 1911, wurde zum erstenmal von Richter-Plauen über ein neues Antisyphilitikum (Kontraluesin) berichtet, welches er als ein Kombinationsmittel bezeichnete. Weitere Erfahrungen mit diesem Präparat wurden auf dem Internationalen Dermatologenkongreß, Rom 1912, von Richter selbst mitgeteilt, und seitdem ist Kontraluesin verschiedentlich in seiner Wirkungsweise nachgeprüft worden, so von Schourp - Danzig und von Klausner - Prag. Richter selbst hat neuerlich in der Dermatologischen Wochenschrift, 1913, Bd. 57, ausführliche Mitteilungen über sein Mittel gemacht, ohne jedoch auf die chemische Herstellung des Präparates präzise einzugehen. Nur so viel wird von ihm erwähnt, daß der Ausgangskörper des Mittels eine besonders haptophore Eigenschaft auf komplizierte chemische Körper (Krankheitsgifte — Antigene) hat, und daß das Mittel den Charakter des Suspensionskolloides trägt. Als ideelle Forderung für sein nach den Gesichtspunkten der Therapia desinficiens hergestelltes Präparat, schwebt Richter vor, daß die Kombination der in dem Präparate vorhandenen Arzneikörper derart wirken sollte, daß einerseits die Krankheitserreger vernichtet, andererseits die Körperzellen nicht geschädigt werden dürften. Aus diesem Grunde wählt Richter das Quecksilber als Suspensionskolloid, da nach seiner Erfahrung diese Verarbeitung des Quecksilbers den Organismus weniger schädigt, und die geänderte Oberflächenspannung des kolloidalen Quecksilbers in seinen chemischen und physikalischen Eigenschaften viel wirksamer sein soll.

Weiter enhält das Präparat geringe Mengen von Salizyl, Sozojodol, Chinin (bakterizide Wirkung), Arsen und Sublimat (akut antiluetische Wirkung), während das kolloidale molekulare Quecksilber dem wichtigsten Gesichtspunkt einer guten und wirksamen Syphilistherapie, nämlich der chronisch remanierenden, antiluetischen Wirkung dienen soll.

Es mußte in einer Zeit, da wir nach den reichlichen Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Präparat zur Erkenntnis gelangten, das Quecksilber

Digitized by Google

bei der Syphilisbehandlung keineswegs entbehren zu können, wärmstens begrüßt werden, wenn die traditionellen Quecksilberpräparate, wie sie seit Jahrzehnten gebräuchlich waren, durch neue, und nach neuen Gesichtspunkten der Chemotherapie hergestellte Mittel ersetzt werden könnten. Da das Mittel nach Richters Angaben ambulatorisch verwendet werden kann, entschlossen wir uns, das Präparat bei unserem ambulanten Krankenmaterial nachzuprüfen; zudem kam noch, daß die Möglichkeit gegeben war, durch eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Injektionen die Kranken von ihren Symptomen zu befreien, so daß bei einer derartigen Behandlungsmethode die Kassenpatienten, die ja auch während einer spezifischen Behandlung in ihren verschiedenen Berufen tätig sein wollen, viel weniger gestört wären.

Bei der Erprobung des Kontraluesins hielten wir uns strikte an die von Richter angegebene Injektionstechnik. Wir verwendeten eine 2 ccm enthaltende Glasspritze, die stets in einer flachen Deckelschale, welche mit Seifenspiritus gefüllt war, aufbewahrt wurde, so daß die Spritze niemals mit Wasser in Berührung kam. In der gleichen Weise wurden die aus Platiniridium hergestellten Injektionsnadeln (34 mm lang und 9 mm stark) aufbewahrt. Das Präparat bezogen wir stets frisch aus der Apotheke, und die Ampullen wurden bei Zimmertemperatur stehend aufbewahrt. Vor dem Öffnen der Ampulle wurde dieselbe mit Alkohol absolutus abgerieben. Die Injektion selbst wurde nach der gebräuchlichen Methode dem mit gestreckten Knien, gebückt vor dem Arzt stehenden Patienten in die Nates, abwechselnd links und rechts appliziert. Unmittelbar vor der Injektion wurde die Injektionsstelle gründlich mit Seifengeist gereinigt und mit Jodtinktur bepinselt, nach Aufziehen des gutgeschüttelten Ampulleninhaltes wurde auch die Nadel mit Jodtinktur bestrichen. Nach der Injektion wurde die Spritze auseinander genommen und sofort wieder in die Desinfektionsflüssigkeit, welche häufig gewechselt wurde, gegeben. Die Injektionen wurden wöchentlich einmal verabreicht. Dem Patienten wurde das Rauchen verboten und sorgfältigste Mundpflege eingeschärft. Zur Mundpflege wurde dem Patienten auf ein halbes Glas Wasser je ein Teelöffel einer 3%igen Wasserstoffsuperoxydlösung und einer Messerspitze des von Richter angegebenen Pulvers (Rp. Natrium bicarb. 55,0, Natrium sulf. 5,0, Natrium salizyl. 5,0, Menthol 0,1) verordnet. Die Injektionen wurden stets anstandslos vertragen, Schmerzen nach denselben oder Infiltrate wurden nicht beobachtet; auch trat kein Stomatitis auf. Im ganzen gaben wir vier Injektionen von je einem Kubikzentimeter des Präparates.

Ich möchte nun zunächst aus der größeren Anzahl der von uns behandelten Fälle einige Krankheitsskizzen anführen.

Digitized by Google

1. J. D., Gerüster. Urethralsklerose. Inguinaldrüsen + beiderseits, namentlich links. 30. IV. WASSERMANN +. Behandlung der Sklerose mit grauem Pflaster in Form einer Nelke, welche in das Orif. urethr. eingeführt, und vom Patienten selbst nach jeder Harnentleerung erneuert wird. 5. V. Injektion von 1 ccm Kontral. l. 13. V. Patient hat von seiten der Injektion keinerlei Beschwerden. 1 ccm Kontral. r. 15. V. Am Stamm und den Extremitäten ein dichtes papulöses Exanthem in Proruption. 19. V. Exanthem sehr reichlich. 1 ccm Kontral. l. Subjektiv keine Beschwerden. 27. V. Exanthem wesentlich abgeblaßt, im Harn Spuren von Albumen. 1 ccm Kontral. r. Keine Stomatitis, keinerlei subjektive Beschwerden. Keine Infiltrate an den Injektionsstellen. 10. VI. Patient erscheint neuerlich in der Ambulanz mit einem dichten, makulösen, zum Teil annulären Syphilid am Stamm und den Extremitäten. WASSERMANN +. Patient wird mit Hg-Salizylinjektionen weiterbehandelt. 17. VII. 12 Hg-Salizylinjektionen. Patient bis auf Drüsenreste symptomfrei.

2. A. W., Zeitungsbeamter. Sklerose an der Lam. int. praeput. Lymphad. inguin. bilat. Makulo-papulöses Exanthem am Stamm und den Extremitäten. WASSERMANN +. 1 ccm Kontral. l. 7. VI. Status idem, keinerlei subjektive Beschwerden nach der Injektion. 1 ccm Kontral. r. 13. VI. Das papulöse Exanthem sehr dicht. Einzelne Effloreszenzen oberflächlich schuppend, sonst in Farbe und Sukkulenz keine Rückbildungserscheinungen. 1 ccm Kontral. l. 23. VI. 1 ccm Kontral. r. 30. VI. Keine Infiltrate an den Injektionsstellen, keine Stomatitis, Sklerosennarbe noch infiltriert, das Exanthem am Stamm bezüglich Färbung und Konsistenz, sowie Schuppung wohl im Rückgang, aber noch sehr deutlich. Weiterbehandlung des Patienten mit Hg-Salizylinjektionen. Patient steht derzeit noch in Behandlung.

3. R. B., Zeitungsarbeiter. 27. V. Sklerose in Sulco coronario. Lymphadenitis universalis, undeutliches makulöses Exanthem in der Flankengegend. WASSERMANN +. Injektion von 1 ccm Kontral. l. 30. V. Deutlicher HERXHEIMER, Exanthem überdies viel reichlicher, auch an den Extremitäten. 3. VI. Status idem. 1 ccm Kontral. r. 6. VI. Exanthem blässer, aber noch immer deutlich. 10. VI. Unverändert. 1 ccm Kontral. l. 17. VI. Exanthem noch immer erkennbar. 1 ccm Kontral. r. 27. VI. Unverändert, Plaques am hinteren linken Gaumenbogen. WASSERMANN +. 24. VII. Patient erscheint mit einer großfleckigen Rezidivroseola, lokalisiert namentlich an der Beugeseite der oberen Extremitäten und der vorderen Achselfalte, spärlicher am Stamme. Papulöse Effloreszenzen an den Gaumenbögen und am Zungenrand. Halsdrüsen stark geschwollen. Hg-Salizylinjektionen. Patient steht derzeit noch in Behandlung.

4. I. K., Hilfsarbeiter. 26. VI. Sklerose am Präputialrest bereits in Vernarbung begriffen. Inguinaldrüsen vergrößert, namentlich rechts. Kubitaldrüsen rechts tastbar. WASSERMANN —. 1 ccm Kontral. l. 2. VII. 1 ccm Kontral. r. 9. VII. In der Flankengegend einzelne blasse suspekte Effloreszenzen. 12. VII. Deutliches papulöses Exanthem am Stamm. 16. VII. 1 ccm Kontral. l. 23. 7. Exanthem unverändert, 1 ccm Kontral. r. 31. VII. Exanthem im Abblassen. 1 ccm Kontral. l. 10. VIII. WASSERMANN +. 1. IX. Patient erscheint mit einem äußerst dichten papulösen Rezidivexanthem am Stamm und den Extremitäten.

5. R. B., Tagelöhner. 19. VII. Sklerose in Lam. int. praep. Inguinaldrüsen beiderseits, multipel und indolent geschwellt. 26. VII. WASSERMANN +. 1 ccm Kontral. l. 1. VIII. Undeutliches, sehr spärliches Exanthem in der Flankengegend. 1 ccm Kontral. r. 8. VIII. Exanthem reichlicher und sukkulenter. 1 ccm Kontral. l. 15. VIII. Exanthem völlig unverändert. 1 ccm Kontral. r. Weiterbehandlung des Patienten mit Salizylinjektionen. Patient steht noch in Behandlung.

Digitized by Google

Diese hier angeführten Krankheitsskizzen beweisen wohl in genügender Deutlichkeit das völlige Versagen des Präparates in seiner Eigenschaft als Antisyphilitikum.

1. Denn es konnte in Fällen, bei denen es sich um sichere Sklerose bei positivem WASSERMANN, aber noch ohne Exanthem, handelte, die Proruption des Exanthems während der Kontraluesinbehandlung nicht verhindert werden.

2. Bei Sklerose, positivem WASSERMANN und vorhandenem Exanthem konnte durch das Kontraluesin das Exanthem nicht zum Schwinden gebracht werden.

3. In einem Fall, bei dem bei sicherer Sklerose der WASSERMANN noch negativ war, wurde während der Kontraluesinbehandlung der Blutbefund positiv, und es kam zum Ausbruch eines reichlichen Exanthems.

In keinem unserer Fälle konnte es erreicht werden, daß vier bis sechs Wochen nach beendeter Kontraluesinbehandlung der Blutbefund negativ wurde. Außerdem traten in allen behandelten Fällen schon nach sehr kurzer Zeit Rezidive auf.

Nach unseren Erfahrungen mit Kontraluesin mußten wir zu dem Ergebnis gelangen, daß das Präparat, bei dessen Anwendung wir uns ganz präzise an die Vorschriften RICHTERS hielten, den Anforderungen eines Syphilisheilmittels nicht zu entsprechen vermag. Ja, es erscheint nach unseren Nachprüfungen das Mittel in jeder Beziehung nahezu völlig wirkungslos, und alle vorerst mit Kontraluesin behandelten Patienten mußten von uns mit wirksameren Mitteln weiterbehandelt werden.

Ich möchte an dieser Stelle noch auf eine Publikation von RILLE-Leipzig hinweisen, die in der UNNA-Festschrift (Dermatologische Studien, Bd. 21) erschienen ist. RILLE berichtet daselbst über seine Erfahrungen mit einem dem Kontraluesin sehr ähnlichen und seinerzeit ebenso warm empfohlenen Quecksilberpräparat, nämlich dem im Jahre 1901 von A. und L. LUMIÈRE dargestellten Hermophenyl. Auch damals lagen von verschiedenen Seiten Berichte über vortreffliche Heilwirkungen des Hermophenyl vor (TSCHLENOW, SSUKOW, DIEUPART, REYNÈS). Nichtsdestoweniger konnte RILLE bei seiner Nachprüfung des Hermophenyls, damals noch auf der Innsbrucker Klinik, nur darauf hinweisen, daß nach seinen Beobachtungen die günstigen Berichte über Hermophenyl und seine Heilwirkung unzutreffend seien, und daß eine Wirkung des Hermophenyl auf die Syphiliserscheinungen fast gar nicht wahrnehmbar sei. Ganz ähnlich, wie wir beim Kontraluesin, beobachtete auch RILLE beim Hermophenyl, daß nicht nur der therapeutische Effekt völlig ausblieb, sondern auch, daß noch während oder am Schlusse der Behandlung Rezidive auftraten, was jedenfalls nicht zugunsten derartiger Arzneikörper sprechen kann. Inzwischen ist

Digitized by Google

ja das Hermophenyl vollständig verlassen worden, und wie Rille 1901 können auch wir heute, nach unseren Erfahrungen mit Kontraluesin sagen, „daß nicht alle Quecksilberverbindungen die Syphilis im therapeutischen Sinne unbedingt günstig beeinflussen müssen, und daß derlei negative Resultate die spezifische Heilwirkung des Quecksilbers in richtiger Form und Anwendung erst recht über allen Zweifel stellen".

Literatur.

Richter-Plauen, Zur Kontraluesinbehandlung. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 39; 1913, Bd. 57. — Schourp-Danzig, Die Behandlung der Syphilis mittels Kontraluesin. Derm. Centralbl., 1912, Nr. 3. — Klausner-Prag, Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 2. — Rille-Leipzig, Dermatologische Studien, Bd. 21: „Zur Frage der Wirksamkeit des Hermophenyl bei Syphilis."

Aus der I. urologischen Abteilung der Budapester Charité-Poliklinik.

Über die perkutane Anwendung des Lipojodin.

Von
Dr. Julius Hochstätter.

Die Rolle des Jod ist in der Heilkunde so wichtig, daß man dies nicht noch besonders zu betonen braucht. Bei den verschiedensten Krankheitsformen wenden wir es an, sowohl innerlich als auch äußerlich, und es befassen sich jährlich zahlreiche Artikel mit der Therapie des Jod. Eine interessante Erscheinung ist es, daß die perkutane Jodtherapie in der Heilkunde heute kaum mehr noch eine Rolle spielt, wahrscheinlich deshalb, weil die Wirkung der bisher angewandten Jodjodkalisalbe eine sehr geringe ist. Und doch ist es nicht zu bestreiten, daß man eines äußerlich gut anwendbaren und gut wirkenden Jodpräparates sehr bedarf.

Die Jodjodkaliumsalbe ist in den meisten Pharmakopöen auch heute aufgenommen, und obwohl das ungarische Arzneibuch die Anfertigung dieser Salbe ex tempore verordnet, ein bedeutenderes Resultat erzielen wir nicht, und vielmehr geben wir diese Salbe nur deshalb in die Hand des Kranken, damit er sich mit etwas beschäftigen könne; wollen wir jedoch eine intensive Jodwirkung erzielen, so verabreichen wir Jod per os. Solchermaßen erzielen wir jedoch nicht immer die erwünschte Wirkung. Eine Erklärung dessen, warum die Jodkalisalbe so schwach wirkt, finden wir in dem Umstande, daß die äußere Hautfläche mit Fett überzogen ist und die Gewebe des Körpers mit verschiedenen Cholestearinfetten durchtränkt sind; und durch eine solche fettige Haut kann nur

Digitized by Google

ein in Fett löslicher Körper durchdringen, und zwar desto leichter, als er besser löslich ist. Jodkalium ist aber im Wasser recht gut, in Fetten jedoch absolut nicht löslich und kann somit nur in sehr geringem Maße und sehr langsam durch die Haut durchdringen. Daß es tatsächlich so ist, beweist der Umstand, daß bei perkutaner Anwendung desselben Jod nur nach geraumer Zeit im Speichel und im Urin erscheint. Ein anderer Mangel ist, daß das in der Jodjodkaliumsalbe befindliche freie Jod auf die Hautoberfläche reizend wirkt und dieselbe außerdem auch verunreinigt.

Ich suchte schon lange nach einer solchen Jodverbindung, welche im perkutanen Gebrauche erfolgreich angewandt werden könnte. Bei der Beurteilung der zu diesem Behufe in Vertrieb gebrachten Jodverbindung nahm ich Rücksicht auf folgende Bedingungen:

Dieselbe soll 1. geruchlos sein, 2. soll durch die Haut leicht resorbiert werden, 3. soll die Hautoberfläche nicht reizen, 4. soll dieselbe nicht verunreinigen und soll schließlich 5. selbst in größerer Menge angewandt keinen Jodismus verursachen.

Nach langem Suchen machte ich mit Lipojodin sehr erfolgreiche Versuche. Vorerst hatte ich Lipojodin statt Jodkalium in allen jenen Fällen angewandt, wo Jod indiziert ist (Lues, Arteriosklerosis, Skrofulosis, Tabes usw.). Nachdem ich bei Anwendung per os ausgezeichnete Resultate erzielte, kam ich auf den Gedanken (da ich mich von der Lipotropwirkung des Lipojodins bereits überzeugt hatte, und da dasselbe in Fetten in allen Proportionen leicht löslich ist), dasselbe auch in Form von Salbe auszuprobieren. Gelegenheit bot sich mir hierzu bei einem Strumakranken, der gleichzeitig an einem jedem Mittel Trotz bietenden Ekzemapenis litt. Bei diesem applizierte ich sowohl auf die Struma als auf die ekzematöse Fläche 40 %ige Lipojodinvasogensalbe. Bei der Behandlung wurde die Struma kleiner; und auch das Ekzem besserte sich in ein paar Tagen und war in acht bis zehn Tagen vollständig geheilt. Dies gab mir weiteren Impuls, dasselbe bei einem an Favus leidenden Kinde zu versuchen. Auch in diesem Falle sah ich von 5 %igem Lipojodinvasogen rapide Heilung. Von da an gebrauchte ich es mit sehr gutem Resultate noch in nachstehenden Fällen:

1. Bei Prostatitis in Form von Suppositorien statt Ichthyol: Rp. Lipojodini 3,00, Butyr. Cacao qu. sat., solve ut fiant suppos. Nr. X. DS. morgens und abends ein Stück zu verbrauchen.

2. Bei Epididymitis in Form 40 %iger Salbe: Rp. Lipojodini 8,00, Vasogeni 12,00, M. ut fiat ungt. DS. Salbe.

Mit dieser Salbe bestrich ich das Skrotum täglich einmal, bedeckte es mit Gaze und wechselte den Verband täglich. Die Resorption war stets tadellos, das Resultat ein rasches und sicheres.

Digitized by Google

3. Bei skrofulösen Drüsengeschwüren war bei Verwendung von 20—40 %igem Lipojodinvasogen das Resultat stets gut.

4. In einem Falle von Herpes scroti konnte mit 40 %igem Lipojodinvasogen ebenfalls ein befriedigendes Resultat erzielt werden.

Vasogen hatte ich deshalb als Tragmittel angewandt, da dasselbe in die Haut sehr leicht eingerieben werden kann, andernteils aber, weil Lipojodin in demselben in allen Proportionen löslich ist. Auf Grund dieser Versuche verschaffte ich mir die Überzeugung, daß sich Lipojodin zu perkutaner Anwendung ausgezeichnet bewährt. Bei obigen Versuchen konnte ich pro die 2 g Lipojodin an der gewünschten Stelle mit der größten Leichtigkeit (in zwei bis drei Minuten) einreiben, und nicht in einem einzigen Falle habe ich eine hautreizende Wirkung desselben wahrgenommen. Dies ist aber auch natürlich, denn Lipojodin ist eine sehr fest gebundene Jodverbindung, welche einen genau bestimmten Schmelzpunkt hat (37°). Wie es also die Lipotropeigenschaft per os dosiert entwickelt, behält es auch bei perkutaner Applikation seine ausgezeichnete Wirkung. Eingerieben diffundiert es unverändert; und nur im Gewebe spaltet sich aus demselben das Jod ab. Dies ist aus dem Nachstehenden leicht verständlich:

Lipojodin ist eine Fettverbindung $\left\{\begin{matrix}-J\\-J\end{matrix}\right.$. Im Organismus verbrennt das Fett; und die zurückgebliebenen zwei Atome Jod entwickeln eine sehr energische Jodwirkung. Bei einer 13monatigen Anwendung, sowohl per os als perkutan verabreicht, sah ich niemals weder Jodismus noch eine sonstige Nebenwirkung.

Einen recht interessanten Fall hatte ich, als ich bei Epididymitis eines arteriosklerotischen Kranken bei Anwendung von 40 %iger Lipojodinsalbe nach sechs bis acht Tagen eine hochgradige Verminderung des Blutdruckes und Linderung der arteriosklerotischen Erscheinungen beobachtete. Wünschenswert wäre es, die Lipojodinsalbe auch bei anderer perkutaner Anwendung auszuprobieren, um von der derartigen Verwendbarkeit dieses Mittels ein vollständiges Bild gewinnen zu können.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Über eine andere Verwendung der Hämorrhoidal-Zäpfchen „Acetonal".

Von

Dr. Wockenfuss, Berlin.

Die Beobachtung, daß diese Zäpfchen eine stark adstringierende und analgetische Wirkung bei Hämorrhoiden auslösten, veranlaßte mich, sie auch bei Prostatitis zu versuchen, wobei ich mehrere schöne Erfolge erzielt habe. Ich will einen besonders schweren Fall kurz schildern.

Ein Patient hatte eine schwere Prostatitis, Zystitis und Urethritis posterior blennorrhoica. Die terminalen Blutungen des Patienten waren außergewöhnlich stark und erfolgten drei Wochen lang täglich acht- bis zehnmal nach jedem Urinlassen, trotzdem der Patient 14 Tage Bettruhe gehalten hatte. Auf Suppositorien mit Belladonna und Opium auch keine Besserung. Die Prostata, besonders der linke Lappen derselben, war geschwollen bis zur Größe eines mittleren Apfels. Am Schlusse jeder Miktion entleerte der Patient reines Blut. Der Urin war stark eitrig, Gonokokken waren außerordentlich zahlreich intra- und extrazellulär. Wegen des Gehaltes an Alsol, das stark adstringierende und antiseptische Eigenschaften besitzt, verordnete ich nun die Azetonalzäpfchen. Der Patient äußerte sich befriedigt über die kühlen und schmerzstillenden Zäpfchen. Diese Wirkung beruht auf dem Gehalt an Azetonchloroformsalizylsäureester, welcher anästhesierende Eigenschaften besitzt. Objektiv war sofort eine Abnahme der Blutungen wahrzunehmen, und nach drei Tagen hörten sie ganz auf. Nach weiteren fünf bis sechs Tagen war auch die zweite Portion des Urins klar.

Da ich in mehreren ähnlichen Fällen die gleiche günstige Wirkung dieser Suppositorien beobachtet habe, so kann ich das Azetonal für diese hartnäckigen Fälle zum Versuche empfehlen.

Ferner benutzte ich mit gutem Erfolge das Azetonal in zwei Fällen von permanentem Jucken am Sphincter ani. Bei dem einen, einem alten Schiffer, bestand dieser Zustand schon ein paar Jahre, so daß er sehr nervös davon geworden war. Nach Verbrauch von zehn Azetonalzäpfchen erschien der Patient frohgestimmt mit der Meldung, daß es endlich besser geworden sei. Der Erfolg gegen derartige Zustände muß wohl ebenfalls auf die analgetischen Eigenschaften der Zäpfchen zurückgeführt werden.

IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Berlin, 29. September bis 1. Oktober 1913.

Referat von

Dr. Ernst R. W. Frank, Berlin.

1. Sitzungstag. Vormittagssitzung.

Der Vorsitzende Leopold Casper-Berlin eröffnet den Kongreß mit einer einleitenden Rede: „Die Urologie als Wissenschaft und Lehrfach."

Für die Erlernung und Fortentwicklung dieser wichtigen und erfolgreichen Disziplin werden drei Forderungen aufgestellt: 1. Von der Urologie muß der allge-

Digitized by Google

meine Praktiker so viel wissen und können, daß er imstande ist, im Notfalle seinen Pflegebefohlenen Hilfe zu bringen. 2. Es muß Ärzte geben, die das Fach voll und ganz beherrschen, die in allen, auch den feinsten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sattelfest sind, so daß sie auch schwierigen Fällen gerecht zu werden vermögen. 3. Es muß Einrichtungen geben, die den Ausbau und die Weiterentwicklung des Faches gewährleisten.

Deshalb müssen eigene Stätten zum Lernen, Lehren und Forschen auf diesem Wissenszweige geschaffen werden, eine Forderung, für die sich namhafte Gelehrte der verschiedenen Fakultäten, wie Erb, Czerny, Rotter, Küster, Payr u. a., ausgesprochen haben und wie es in anderen Staaten, so in Frankreich, Belgien, Rumänien, Griechenland u. a., bereits geschehen ist. Eine Absplitterung der Urologie von der gesamten Medizin wird keine Nachteile, sondern Vorteile bringen, wenn für die richtige Vorbildung derer, die sich diesem Fache widmen, gesorgt wird.

Der Vertreter der Association française d'Urologie, Desnos-Paris, überbringt als Begrüßung die ersten beiden prächtigen Bände der von Pousson und Desnos herausgegebenen Encyclopédie française d'Urologie.

Prof. Michaelis-Berlin referiert in Geh. Rat Wassermanns-Berlin und seinem Namen über Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. Er stellt auf Grund eigener reicher Erfahrung die serologische Grundlage der Vakzinetherapie dar, wie sie durch Wrights Entdeckung der Opsonine und die der Tropine durch Denys und Neufeld geschaffen wurden. An der Hand der Ehrlichschen Seitenkettentheorie und der umstrittenen Lehre von der Bedeutung der Phagozytose für die Bekämpfung der Infektion begründet er die Leitsätze für die praktische Ausführung der Vakzinetherapie. Schließlich gibt er eine Übersicht über die bakteriellen Infektionen der Harnwege und stellt die Indikationen auf für die therapeutische Anwendung autogener oder Stammvakzine.

Volk-Wien referiert in Prof. Kraus'-Wien und seinem Namen über dasselbe Thema und faßt zusammen: Auch heute ist ein abschließendes Urteil noch nicht zu fällen, doch kann folgendes mit einiger Bestimmtheit gesagt werden: 1. Die von amerikanischer Seite berichteten Erfolge der passiven Immunisierung mit Gonokokkenserum bedürfen einer nochmaligen exakten Überprüfung. 2. Für die Vakzinationstherapie eignen sich nebst einzelnen gororrhoischen Komplikationen verschiedene infektiöse Erkrankungen der Harnorgane, vorwiegend als unterstützendes Mittel neben den bisherigen Methoden. 3. Die Bestimmung des opsonischen Index ist im allgemeinen überflüssig, es genügt die genaue klinische Beobachtung. 4. Die Art der Wirkung der Vakzinationstherapie ist derzeit noch nicht völlig geklärt, die Erhöhung der bakteriotropen Kraft des Serums allein dürfte nicht die Hauptrolle spielen. 5. Die akute Urethritis wird mitunter höchstens so beeinflußt wie durch ein gutes Balsamikum, ist also für die Vakzinationsbehandlung nicht sehr geeignet. Dagegen kann uns diese bei der Epididymitis, Funiculitis, Colliculitis gute Dienste leisten, weniger aussichtsreich ist sie bei Behandlung der Prostatitis. Es genügt für die Gonorrhoe eine erprobte polyvalente Vakzine, nur selten wird der Versuch mit einer autogenen notwendig sein. 6. Die übrigen infektiösen Krankheiten eignen sich um so eher für eine Vakzinationstherapie, je weniger veraltet das Leiden ist. Besonders günstige Resultate lassen sich oft bei Koli- und Staphylokokkeninfektionen erzielen. Zum mindesten werden die subjektiven Beschwerden wesentlich gebessert oder auch ganz aufgehoben. Für diese Fälle ist die Bereitung einer autogenen Vakzine angezeigt. 7. Üble Nebenwirkungen sind bei vorsichtigem Vorgehen bei Vakzinationstherapie nicht zu befürchten, weshalb ein Versuch mit derselben fast stets unternommen

Digitized by Google

werden kann. 8. Die diagnostische Vakzination kann scheinbar bei gonorrhoischen Erkrankungen oft mit Vorteil angewendet werden, doch wären die Versuche auch auf anderweitige Infektionen auszudehnen. 9. Die Kombination der Vakzinetherapie mit anderen Methoden ist in ausgedehntem Maße anwendbar. Ob eine lokale Behandlung analog dem Histopin von Wassermann-Berlin brauchbare Resultate liefert, darüber stehen noch Versuche aus. Vor allem sollten aber unter Heranziehung des Experimentes neue chemotherapeutische Grundlagen geschaffen werden, die für gewisse Erkrankungen, ich denke speziell an pyelogene Bakteriurien und für die Dauerausscheidung nach Typhus, Cholera usw., das bisher noch nicht gefundene wirksame Heilmittel bringen könnten.

C. Schneider-Brückenau erläutert zuerst die Wirkungsweise der Vakzine an der Hand der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei den bakteriellen Entzündungen der Harnorgane. Die Behandlung mit Vakzinen war in 118 Fällen völlig gefahrlos. Immer muß Eigenvakzin verwendet werden, das leicht hergestellt werden kann, da die Krankheitserreger in jedem einzelnen Falle aus dem Urin gezüchtet werden können. Die Herstellung der Kolivakzine erfolgte ohne zahlenmäßige Feststellung der in 1 ccm enthaltenen Bakterien. Hin und wieder wurde die Einverleibung der Vakzine an Stelle der bisher üblichen subkutanen Injektion durch Verreibung der Bazillenleiber mit leicht resorbierbaren Salbenlösungen in die Haut bewerkstelligt. Die Dauer der aktiven Immunisation beträgt 1—$1^1/_2$ Jahre, nach dieser Zeit muß eventuell wieder vakziniert werden.

Unter 92 Fällen von Koliinfektion wurden in 66 Fällen Kolibakterien allein gefunden. In 25 Fällen wurde die Vakzination allein durchgeführt, in den übrigen Fällen die Vakzinationsbehandlung mit den bisherigen Behandlungsmethoden kombiniert. Als Spülflüssigkeit wurde, wenn Argentumlösungen wegen deren Schmerzheftigkeit nicht anzuwenden waren, eine Mischung von Kollargollösung mit hochkonzentrierten Zuckerlösungen angewendet.

Mit der Vakzinebehandlung wurden 40% Heilungen, 33,7% Besserungen erzielt. 36,3% Mißerfolge waren vorhanden. Der Prozentsatz der Heilungen bzw. Besserungen würde ein noch viel höherer sein, wenn nicht unter den gebesserten oder unbeeinflußten Fällen solche wären, die zu kurze Zeit, oft nur ein bis zweimal geimpft wurden. Die Resultate der Vakzinationsbehandlung sind viel besser als die der bisherigen Behandlungsarten, die selbst dann ein schlechteres Resultat ergaben, wenn der Eiterherd eröffnet oder entfernt wurde. Die Vakzinationsbehandlung dürfte auch in den Fällen von chronischen Nierenentzündungen, die mit Bakterienausscheidung einhergehen, anzuwenden sein; Versuche in dieser Richtung haben ein Abnehmen des Eiweißgehaltes ergeben. Die allgemeinen Schlußfolgerungen des Referenten lauten: 1. Die vollständig ungefährliche Vakzinationsbehandlung der infektiösen Prozesse des Harnsystems bedeutet einen erheblichen Fortschritt gegenüber der bisherigen Behandlung dieser Erkrankungen und ist bei allen akuten und chronischen Fällen anzuwenden. 2. Die Vakzinationsbehandlung ist wenn irgend möglich, mit der lokalen Behandlung zu verbinden, da die durch die Infektion gesetzten pathologisch-anatomischen Veränderungen dazu nötigen.

Paul Asch-Straßburg i. E. spricht über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vakzinen für die gonorrhoischen Erkrankungen. Das Antigonokokkenserum hat bei der Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen vollkommen versagt. Dagegen hat das von französischen und rumänischen Autoren auf Grund der biologischen und morphologischen Ähnlichkeit zwischen Gonokokkus und Meningokokkus angewandte Antimeningokokkenserum bei Arthritis genorrhoica und Epididymitis zum Teil gute Resultate ergeben. Den von einzelnen Autoren angegebenen günstigen Einfluß dieses Serums auf Urethralgonorrhoe hat Asch nie beobachten können. Dagegen hat er in Fällen von Arthritis gonorrhoica mit Gelenkerguß zum Teil befriedigende Resultate

Digitized by Google

erzielt, während Arthritis sicca unbeeinflußt blieb. Man macht wöchentlich eine intramuskuläre Einspritzung von 20—40 ccm. Auch bei Epididymitis wirkt nach Aschs Erfahrungen mit dem Antimeningokokkenserum der Höchster Farbwerke und dem von Flexner-New York eine solche Injektion günstig auf bestehende Hydrozele und seröse Infiltration des umgebenden Gewebes; die Nebenhodenentzündung selbst geht jedoch nur langsam zurück.

Die Verwendung von Gonokokkenvakzine, d. h. abgetöteter Gonokokken, bei der Behandlung gon. Erkrankungen verdanken wir den grundlegenden Arbeiten von Wright, Bruck, nach ihnen von Schindler, Reiter und Friedländer. Gute im Handel befindliche polyvalente Gonokokkenvakzine sind vor allem: das Brucksche Arthigon (A.-G. vorm. E. Schering), das Gonargin (Höchster Farbwerke), das Vakzin von Michaelis (Kurfürstenapotheke-Berlin), das Reitersche Vakzin (Friedrich-Wilhelmstädtische Apotheke in Berlin). Während Reiter, Michaelis und Wright mit kleinen Anfangdosen vorgehen, ohne große Reaktionen erzielen zu wollen (sie beginnen mit 0,1 und steigern die Dosis alle 5—6 Tage bis zu der von 1 ccm), ist Brucks Methode auf Erzeugung kräftiger Reaktionen aufgebaut. Er beginnt mit 0,5 und wiederholt nach Abfallen der Temperaturerhöhung (3—4 Tage) dieselbe Dosis. Stellt sich eine geringere Reaktion ein, so spritzt er nach 3—4 Tagen 1 ccm. Ist nach einer Injektion kein Anstieg zu bemerken, so injiziert er schon nach zwei Tagen eine höhere Dosis: 1; 1,5; 2 ccm. Die Erfolge der Vakzinebehandlung bei Arthritis gon. sind allseitig anerkannt, obwohl auch hier Ausnahmen vorkommen. Auch bei der Epididymitis melden die meisten Autoren günstige Ergebnisse, doch bleibt meist ein mehr oder minder großer derber Knoten in der Kanda des Nebenhodens zurück, und es wird auch das Überspringen des Krankheitsprozesses auf den andern Hoden beobachtet. Trotz mancher günstiger Erfahrung hält Asch angesichts der in seinen Fällen langsamen und unvollständigen Zurückbildung der Infiltration und einer Anzahl von Versagern die von ihm empfohlene intra-epididymäre Elektrargolinjektion für rascher und gründlicher wirkend. Auf Funikulitis, periurethrale Infiltrate und Abszesse, akute septische gonorrhoische Prozesse wirkt die Vakzinebehandlung manchmal gut ein. Die Prostatitis gon. wird durch subkutane und intramuskuläre Vakzineinjektionen nicht beeinflußt, dagegen wollen Bruck und Sommer bei intravenöser Injektion günstige Resultate gehabt haben. Reine Urethralgonorrhoe wird durch Vakzine, auf welchem Wege sie auch dem Körper beigebracht wird, nicht beeinflußt. Für den Praktiker empfiehlt Asch die intramuskuläre Vakzineinjektion, da es bei der subkutanen Injektion leicht Infiltrate und von der Injektionsstelle ausgehende Entzündungen gibt und bei der intravenösen Injektion Temperaturerhöhungen bis zu 39° auftreten, was nicht für alle Menschen gleichgültig sein dürfte, dazu starke Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens.

Die nach den Vakzineinjektionen, besonders nach der intravenösen, auftretenden Temperaturerhöhungen als diagnostisches Hilfsmittel nach Bruck und Sommer zu benutzen, hält Asch nicht für empfehlenswert, da diese Injektionen einen schweren Eingriff darstellen, da ferner nach Aschs Ansicht die Temperaturgrenze zwischen gesunden und ansteckungsfähigen Individuen nicht so scharf gezogen werden kann und manche Personen, auch ohne Gonokokken in sich zu beherbergen, mit hohem Fieber reagieren können. In einer kleinen Anzahl von Fällen gelingt es, nach Injektion von Gonokokkenvakzinen im Urethralausfluß Gonokokken zu finden, während vorher solche nicht nachweisbar waren. Um nun die Zahl der vermittels Vakzineinjektion als kontagiös erkennbaren Fällen zu vermehren, hat Asch folgende Methode ausgearbeitet: Er verbindet mit einer starken Vakzineinjektion (50—100 Millionen abgetötete Keime) genaue urethroskopische Untersuchungen vor und nach der Vakzineinjektion. Man sieht dann

Digitized by Google

1—3 Tage nach derselben in den in Betracht kommenden Fällen latender Gonorrhoe im urethroskopischen Bilde auffallende Läsionen in einer vorher ganz gesund aussehenden Harnröhre auftreten, und zwar: Entzündung der Littréschen Drüsen, Rötung und Schwellung der ganzen Schleimhaut, Bildung einer großen Zahl kleiner Abszesse, manchmal auch von Membranen. Vermittels dieser Methode ist es auch Asch mehrmals gelungen, Gonokokkenträger, das sind Personen, die ohne offensichtliche Zeichen der Erkrankung Gonokokken in ihrer Harnröhre beherbergen, durch eine Vakzineinjektion in Gonorrhoiker zu verwandeln, das heißt in Personen mit den für Gonorrhoe charakteristischen Befunden. Aus diesem biologischen Experiment leitet Asch die Berechtigung des von ihm aufgestellten Begriffes des Gonokokkenträger her.

Wossidlo-Berlin wiederholt die aus der Literatur bekannten Warnungen vor der Anwendung hoher Dosen, vor zu schnellem Steigen und vor zu kurzen Intervallen bei Anwendung der Vakzine. Die Vakzine sei ein gutes Adjuvans bei vielen Erkrankungen des uropoetischen Systems.

Ernst R. W. Frank-Berlin begrenzt das Indikationsgebiet der Vakzinebehandlung. In Fällen, wo aus mechanischen Ursachen Eiterretention vorliegt, ist zunächst das Messer oder, wie bei der Schwangerschaftspyelitis, der Ureterenkatheter anzuwenden. Ferner ist zu berücksichtigen, daß in allen den Fällen auf Erfolg nicht zu rechnen ist, in welchen komplementbildende Antikörper im Blute fehlen. Kachektische und durch lange Krankheit entkräftete Organismen haben nicht mehr die Fähigkeit, Antikörper zu bilden. Frank hat in einer größeren Reihe von Koliinfektion, darunter auch bei hartnäckiger Pyelozystitis kleiner Mädchen, gute Erfolge gesehen. Objektiv gelingt es immer, den Bakterien ihre Toxizität zu nehmen, häufig, den Eitergehalt, selten den Bakteriengehalt zu beseitigen. Die gonorrhoische Infektion wird nur da beeinflußt, wo die von den Gonokokken produzierten Toxine die Bildung von Antikörpern herbeiführen, bei der Epididymitis und Arthritis. Frank hat das Brucksche Arthigon nur intravenös verwendet. Ganz frische Epididymitiden gelingt es abortiv zur Abheilung zu bringen, wobei Hitzebehandlung und Fibrolysininjektion unterstützend wirken. Diese Resultate sind um so wertvoller, als wir den deletären Endstadien dieser Erkrankung hilflos gegenüberstehen. Tuberkulin verwendet Frank in der albumosefreien Form bei zwei Gruppen von Fällen, bei der Nieren-Blasentuberkulose nach der Nephrektomie und bei doppelseitiger Genitaltuberkulose.

Reiter-Königsberg, einer der ersten Empfehler und wissenschaftlichen Bearbeiter der Vakzinebehandlung betont, daß man die diagnostische Verwertbarkeit der Injektion nur mit Vorsicht behandeln darf; bei lokaler Reaktion ist die Erkrankung wohl sicher spezifisch. Die intravenöse Injektion der Vakzine hält er für nicht ungefährlich, die Reaktion erfolge oft zu schnell und überraschend.

Th. Cohn-Königsberg hat 29 Fälle behandelt. Bei Gonorrhoe verwandte er polyvalente Vakzine, sonst Autovakzine.

M. Roth-Berlin äußert im ganzen recht skeptische Betrachtungen über den Wert der Vakzinebehandlung; bei seiner Art der Behandlung erfolgte zwar Schmerzstillung, aber keine schnellere Heilung als bei anderen Verfahren. Ob die behandelten Fälle für die Methode geeignet waren, und worauf die Mißerfolge zurückzuführen sind, wird nicht mitgeteilt.

Bloch-Frankfurt hat experimentell Kolibazillen-Nierenbeckeneiterung erzielt und mit Vakzine in längerer Behandlung Heilung und sterilen Harn erzielt.

Strauss-Frankfurt a. M. meint, daß durch die Vakzination eine Anzahl Fälle gebessert wird.

Oppenheimer-Frankfurt a. M. faßt die Vakzinetherapie nur als Adjuvans für die

Digitized by Google

andere Therapie auf; in sieben renitenten chronischen Fällen hat der Autor keine Heileffekte gesehen, offenbar lagen mechanische Gründe für den Mißerfolg vor. Auch die völlige Unschädlichkeit der Vakzinetherapie bezweifelt er, hat aber selbst keine Schädigungen beobachtet.

Czinner-Wien hat erhebliche Besserungen auch bei schweren Fällen gesehen, insbesondere die subjektiven Beschwerden besserten sich erheblich, doch völlige Heilungen, das heißt Verschwinden der Bakterien, sah auch er nicht.

Glinger-Wien macht auf die Schmerzhaftigkeit der Arthigoninjektionen aufmerksam und hält die intravenösen Injektionen für gefährlich.

A. Lewin-Berlin will nur die refraktären Fälle mit Vakzine behandeln und behauptet im Gegensatz zu den Ausführungen der Referenten, daß man über das Wesen der Wirkung der Vakzinetherapie nichts wisse. Da er offenbar für die Methode ungeeignete Fälle nur mit Vakzination behandelt hat, kann er über gute Resultate nicht berichten und verläßt sich auf die Vis medicatrix naturae.

H. Lohnstein-Berlin hat nur Gonorrhoe und nur mit dem Bruckschen Arthigon behandelt. In subakuten Fällen war kein Erfolg, allerdings wurde die Injektion nicht bis zum Fieber getrieben. In einigen Komplikationen in etwa zwei Drittel der Fälle Erfolge, inbesondere bei schnellerem Verlauf. Vorsteherdrüsenentzündung wurde nicht gebessert, Gelenkleiden aber vorzüglich beeinflußt.

Rost-Kiel kritisiert die Verschiedenartigkeit der Vakzinen, selbst der Vakzinen gleicher Provenienz; er hat an einem großen Material den Eindruck gewonnen, daß die Vakzinetherapie bei fast allen Komplikationen der Gonorrhoe eine heilende Wirkung hat, besonders in bezug auf die Abkürzung der Heilungszeit. Oft sah er Gelenkschmerzen bei Vakzineinjektionen aus anderen Ursachen. Redner hat bei Injektionen von aus gonorrhoischen Exsudaten gezogenen Flüssigkeiten unter die Haut ähnliche Erfolge wie bei Vakzineinjektion erzielt.

Hübner-Berlin hat einmal bei der sechsten Injektion anaphylaktische Erscheinungen ohne Erfolg für die Behandlung gesehen.

Wolff-Kopenhagen hat in der Rovsingschen Klinik im ganzen vortreffliche Resultate bei Nierenbeckenentzündungen mit Kolibazillen erzielt. Bei Stein in den Nieren und bei Wanderniere waren die Resultate negativ. Ein Wundermittel ist die Vakzine nicht. Man muß vor allem genaue, auch bakteriologische Diagnose stellen.

Michaelis fordert im Schlußwort die Einstellung der Vakzine auf jeden Patienten, also eine individuelle Behandlung. Bei gonorrhoischer Gelenkentzündung ist die Vakzinebehandlung das souveräne Mittel. Der Urologe muß die Vakzinetherapie als ein wertvolles Hilfsmittel in den Arzneischatz aufnehmen.

Zur Indikationsstellung der suprapubischen Prostatektomie Thelen-Köln, das heißt zur Ausrottung der Vorsteherdrüse bei der chronischen Harnverhaltung. Die Ausdehnung und die Form der Neubildung geben die Anzeige für den operativen Eingriff. Nur bei Verdacht auf eine bösartige Neubildung und bei Schwierigkeit des Katheterismus soll man bei aseptischen Verhältnissen die Drüse ausschälen.

Waldschmidt-Wildungen spricht über die Prostatektomie bei unzureichender Nierenfunktion und über die verschiedenen Verfahren zur Feststellung der Nierenfunktion. Durch vorherige Zystostomie gelang es oft, die Nierenfunktion und den Gesamtzustand so zu bessern, so daß die Vorsteherdrüse entfernt werden konnte, und zwar in lokaler Anästhesie.

Steiner-Klausenburg spricht auch über Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie. Der Erfolg hängt nicht nur von der Art der Operation, sondern von dem gesamten klinischen Bilde ab, besonders die Nierenfunktion muß geprüft und eventuell vorher

Digitized by Google

gebessert werden. Er tritt für die radikale Methode der Freyerschen Operation der Entfernung der Drüse von der Blase aus ein, mit der geringen Mortalität von 2,5%. Ähnliche Erfolge kann man bei der Atrophie der Prostata durch Ausschälung erzielen (?).

Preindlsberger-Serajewo hat 93 Fälle von Prostatahypertrophie behandelt; in 28% der Prostatiker, die an Retention leiden, war ein operativer Eingriff erforderlich, weil sie nicht durch günstige äußere Lebensbedingungen ein aseptisches Katheterleben zu führen in der Lage waren.

2. Sitzungstag. Vormittagssitzung.

Über Entstehung, Behandlung und Verhütung der Blasensteine referiert an erster Stelle v. Fedoroff-St. Petersburg. Er verweist auf die Schwierigkeiten der Diagnose bei Blasenkatarrh, Verengerungen der Zugangswege, Anwesenheit anderer Fremdkörper, besonders Nervosität der Patienten, Schwierigkeiten, die die Röntgenstrahlen fast aufheben. Die Operationsmethoden sind der obere, der untere Steinschnitt und die Steinzerreibung; je nach Befund ist die Methode der Operation zu wählen; durch Komplikationen bei der Operation sind die meisten Todesursachen bedingt. Eine geringe Sterblichkeit von 2—3% bei großen Statistiken weist nur die Steinzertrümmerung auf, bei Kindern noch weniger. Der hohe Blasenschnitt bedingt etwa 5—6% Todesfälle. Eben die schwereren Fälle werden dieser Operation unterzogen. Doch auch der hohe Blasenschnitt bietet manchmal große Schwierigkeiten, besonders bei wiederholter Ausführung der Operation. Nach Möglichkeit soll man die Blasenwunde gänzlich schließen. Die Lithotripsie ist die Operation der Wahl.

Preindlsberger-Serajewo hat 585 Fälle in Bosnien behandelt und untersucht; es scheint eine Beziehung zur geologischen und hydrologischen Beschaffenheit des Landes mit der Art der Ernährung eines bestimmten Teiles der Bevölkerung und der Steinerkrankung zu bestehen, ähnlich wie die Beziehungen des Salzgenusses zur Steinbildung in England; auch die Milz als Bildungsstätte der Harnsäure kann ein Steinbildner sein. Das organische Steingerüst entsteht zugleich mit dem Ausfall des Harnsalzes und besteht aus Kolloiden. Die Bevölkerung Bosniens lebt meist vegetarisch, die Kinder leiden viel an Darmkatarrh. Das Wasser ist stark kalk- und magnesiumhaltig, was wohl auf die Steinbildung wirkt. Die Anzeigen für hohen und tiefen Blasenschnitt, Steinzertrümmerung, Nachbehandlung, Blasennaht und Dränage werden erörtert. Die Steinzertrümmerung ist die Methode der Wahl.

Schlagintweit-München hat unter 236 Fällen von Steinkrankheit nur 4 Frauen, 119 Männer im Alter von 60—70 Jahren. Die Zertrümmerung der Steine ist eine große Kunst, bedarf besserer Pflege und Nachbehandlung als der Steinschnitt, doch ist sie die Methode der Wahl. Die Verhärtung der Steine ist bis heute unmöglich; es gibt dagegen nur häufige Kontrolle nach der Operation mit dem Blasenspiegel und sofortige Absaugung der noch kleinen Steine.

Ernst R. W. Frank-Berlin spricht über die mechanischen Ursachen der Entstehung der Steine und demonstriert eine Reihe von interessanten Präparaten. und zwar: 1. Große eingesackte Divertikelsteine bei einer Frau, entstanden im Anschluß an mehrere gynäkologische Eingriffe. 2. Eine Reihe fazettierter Steine, entleert aus zwei Harnröhrendivertikeln in der D. prostatic. urethr. 3. Eigenartig geformter großer Fadenstein, der sich nach einer Appendizitisoperation um einen in die Blase durchgewanderten Seidenfaden gebildet hat. 4. Großer Stein um ein Gummischlauchstück, das einem Arbeiter in der Betrunkenheit gewaltsam in die Harnröhre eingeführt wurde. 5. Steinbildung um durch die Blasenschleimhaut in die Blase hineingewachsene Haare.

Digitized by Google

Born-Wildungen zeigt einen harnsauren Fremdkörperstein um einen Katheter und um ein Knochenstück. Die rechtzeitige Aspiration kleiner Steine bei Rezidiven hat sich bei einem großen Material bestens bewährt.

Posner-Berlin betont, daß den kolloiden Steinbildnern eine hervorragende Rolle zukomme. Eine gegen den Stoffwechsel gerichtete Therapie scheint nicht vor Steinrezidiven zu schützen, die weitere Entwicklung der steinverhütenden Therapie liegt in der Erforschung der gegenseitigen Einwirkung der Kolloide und Kristalloide.

Krüger-Wildungen berichtet über Erfahrungen technischer Art, welche er bei zahlreichen Litholapaxien gemacht hat.

Wossidlo-Berlin möchte Schlagintweit-München gegenüber die Lithothripsie einschränken bei schwierigen anatomischen Verhältnissen der Blase und multiplen Steinen.

Rosenstein-Berlin berichtet über ein in der Blase abgebrochenes Stück eines Lithotriptors, welches zwar zur Steinbildung geführt, aber sich wahrscheinlich in der Blase aufgelöst habe, da keine Spur von metallischem Kern in den Konkrementen gefunden wurde. Versuche über die Löslichkeit an von der Firma L. & U. Löwenstein entnommenen Metallstücken lieferten kein Resultat.

Schultheiss-Wildungen demonstriert gleichfalls interessante Fremdkörpersteine und einen großen Divertikelstein. Er rät, sich stets vor der Operation für den einzuschlagenden Weg zu entscheiden und hält die Lithothripsie, wenn ausführbar, für die Operation der Wahl, kontraindiziert ist sie bei Hernien, Hydrozelen und sehr großer Prostata, in letzterem Falle diskreditiert man die Lithothripsie direkt, wenn man sie trotzdem ausführt.

Weisz-Budapest berichtet zur Röntgendiagnostik bei Ureterstein. Er zitiert einen Fall, bei dem die an mehreren Orten vorgenommene Röntgenuntersuchung stets einen Steinschatten im unteren vesikalen Ureterabschnitt nahe der Blasenmündung nachzuweisen imstande war und in welchem, da auch die anderen klinischen und zystoskopischen Untersuchungen für einen Stein sprachen, das Vorhandensein eines Uretersteines angenommen wurde. Bei der Operation fand man jedoch keinen Stein, sondern eine Kittmasse der betreffenden tuberkulös zerstörten Kittniere (Käseniere), die, wie ersichtlich, auch diagnostische Täuschungen hervorrufen kann.

O. Zuckerkandl-Wien hebt hervor, daß durch die Ausbildung der örtlichen Methoden der Anästhesie es möglich ist, die Grenzen der Lithothripsie weiter zu rücken. Fälle, bei denen bei Befolgung der Grundsätze Bigelows der Schnitt nötig wäre, können unter Lokalanästhesie lithotripsiert werden. Der größte Stein Zuckerkandls, in vier Sitzungen operiert, wog 200 g. Er hat mit dem Verfahren Sinitzes sehr gute Erfahrungen gemacht.

P. Steiner-Klausenburg berichtet über 84 Blasensteinoperationen, und zwar 30 Litholapaxien, 54 hohe Blasenschnitte. In drei Fällen trat der Tod ein, zweimal wegen Pyelonephritis, einmal wegen Lungengangrän. Die 81 Fälle heilten anstandslos. Zur Primärnaht der Blase empfiehlt Vortragender die Naht nach von Hacker. Was die geographische Verteilung der Steinkrankheit in Ungarn betrifft, fand Vortragender laut seiner Sammelstatistik von 1230 Fällen, daß nicht nur die Stromläufe der Donau und Theiß, sondern das gebirgige Siebenbürgen besonders viele Steinfälle aufzuweisen hat, daher weder die Ebene noch das Gebirge als besondere „Steinerde" aufzufassen ist.

W. Israel-Berlin. Die Lokalanästhesie nach der Braunschen Vorschrift gewährleistet für die Sectio alta vollkommene Anästhesie. Vor dem Alypin, das zur Füllung der Blase bei der Sectio alta und zur Anästhesie vor der Zystoskopie in der Konzentration von 3% gewöhnlich gebraucht wurde, ist auf Grund eines Todesfalles dringend zu warnen. 1% Novokainlösung genügt zur Anästhesie der Blasenschleimhaut voll-

Digitized by Google

kommen. Der Todesfall erfolgte in tabula nach Injektion von 20 ccm 2% Alypinlösung in die Harnröhre. Die Sektion ergab eine rechtseitige Nebennierentuberkulose.

Goldenberg-Nürnberg empfiehlt Anwendung der von Läwen inaugurierten Sakralanästhesie. Sie ist insbesondere für das urologische Arbeitsfeld von großer Bedeutung und hat wahrscheinlich eine große Zukunft, da sie vielleicht imstande ist, die Indikationsgebiete der Operationen zu verschieben.

Goldberg-Wildungen. Die Entscheidung über die Wahl der Operationsmethode muß auch davon abhängig gemacht werden, welche Methode am besten die postoperative Sterilität garantiert. Er hat von 20 sterilen Fällen von Blasenstein 18 nach der Litholapaxie steril entlassen können. Die Radiographie erlaubt ein objektives Urteil über die Größe des Steins, als Zystoskopie und Sondierung. Albuminurie bei Blasensteinen hat G. 37mal beobachtet, jedoch war nur dreimal jede andere Ursache der Albuminurie auszuschließen. In drei Fällen hat die Litholapaxie die präoperative Albuminurie dauernd geheilt.

Pfeifer zeigt einen ringförmigen zweimarkstückgroßen Blasenstein, der am Eingang der Harnröhre saß und durch hohen Blasenschnitt entfernt wurde.

Berg-Frankfurt a. M. zeigt einen sehr großen Zystinstein von einem vegetarisch ernährten Kinde. Er warnt vor der Blasennaht mit Seide, weil er bei einem Falle einen an der durchgeeiterten Naht adhärenten Stein beobachtet hatte, der eine schwere Zystitis verursachte. Nach der Bottini-Operation zeigt sich manchmal ein Stein, der vorher trotz langer sorgfältiger Untersuchung nicht zu entdecken war. Bei eitriger Zystitis ist entschieden von der totalen Blasennaht abzuraten. Es heißt den Ruf der Lithothripsie gefährden, wenn man ihre Grenzen nicht genau beobachtet.

Kropeit-Hamburg demonstriert einen durch Röntgenstrahlen nicht nachzuweisenden harnsauren Stein.

Mariaschess-Odessa bespricht sein enormes Operationsmaterial. Er hat 426 Blasensteinoperationen ausgeführt mit 31 Todesfällen, also einer Mortalität von 7,25%, und zwar 221 Lithotripsien mit 7 Todesfällen = 3,12% Mortalität; 151 Dammsteinschnitten mit 13 Todesfällen = 8,6% Mortalität; 54 hohen Blasenschnitten mit 11 Todesfällen = 20,3% Mortalität. Im Alter von 1—10 Jahren waren 85 Operierte, und zwar 57 Sectiones perinéales mit 2, und 28 Sectiones altae mit 1 Todesfall. Der jüngste lithotripsierte Patient war 16 Jahre alt. Zur Lithotripsie bedient sich M. als Narkose der Lumbalanästhesie mit Novokainadrenalin. Die günstigsten Resultate zeitigt die Lithotripsie, für welche auch das Alter keine Kontraindikation bildet. Kontraindikationen für die Lithotripsie: 1. Prostatahypertrophie, 2. sehr große und sehr harte Steine, 3. Divertikelsteine, 4. vesiko-prostatische Steine, 5. reizbare Blase mit kleiner Kapazität und starker Zystitis. In den Fällen 5, die auch eine sehr ausgiebige Dränage der Blase verlangen, ist die Sectio perinealis zu machen, für die weder niedrigstes Kindesalter noch höchstes Greisenalter eine Kontraindikation bilden. Sehr große und sehr harte Steine, ferner eingesackte Steine und Divertikelsteine geben die Indikation ab für den hohen Blasenschnitt.

Hock-Prag hat unter 74 Lithothripsien nur einen Todesfall zu beklagen, er bevorzugt bei allen Operationen die allgemeine Anästhesie.

Colmers-Gotha bespricht die regionäre Methode der Anästhesie, da bei fetten Leuten die lokale Anästhesie versagt; bei lokalen Anästhesien ist eine exakte Blutstillung erforderlich, wozu ein neues blutstillendes Präparat Koagulin gute Dienste leistet.

Poth-Berlin, Bahr-Frankfurt a. M. besprechen Besonderheiten in Form der Steine und Ausführung der Operationen sowie Art der Fremdkörper, um welche sich Steine bilden.

Knorr-Berlin zeigt um eingewanderte Seidenfäden entstandene Steine.

Digitized by Google

Wossidlo-Berlin bespricht die Anwendung der Hochfrequenzströme in der Urologie, insbesondere der Diathermie, die Wärme in den Geweben erzeugt; dieselbe erleichtert die Resorption der chronisch entzündlichen Infiltrate in der Harnröhre, manchmal auch an der Epididymis. Bei Blasenentzündungen ist von der Wirkung der Diathermie nichts bekannt, bei Nieren- und Nierenbeckenentzündungen tritt zweifelsohne Schmerzstillung ein. Die chirurgische Diathermie, d. h. die Gerinnung der Gewebe durch den Hochfrequenzstrom ist zur endovesikalen Behandlung der Geschwülste vortrefflich geeignet, sie ist völlig schmerzlos. Vor der Entfernung der Nadel muß man den Strom ausschalten. Die Behandlung soll aber höchstens zwei Minuten an derselben Stelle stattfinden. In seltenen Fällen kommt es zu Nachblutungen, Rezidive scheinen selten einzutreten. Krebse sind natürlich von der Behandlung auszuschließen. Jedenfalls verdient die Diathermie Beachtung in der Urologie.

Lohnstein-Berlin hat die Diathermie im allgemeinen nur angewandt, wenn die üblichen Methoden unwirksam gewesen waren. Die Methode versagte in zwei Fällen von gonorrhoischer Entzündung der hinteren Harnröhre, war häufig erfolgreich bei chronischer Urethritis, Prostatitis, Neurasthenie sexualis, Impotenz, sowie einmal bei chronischer Nephritis mit Blutungen. Redner beschreibt eingehend seine Technik. Er empfiehlt die Methode als wertvollen neuen Heilfaktor in der Urologie.

Oppenheimer-Frankfurt a. M. erörtert die intravesikale Behandlung der Blasenpapillome durch Elektrolyse mit 10—45 Milliampere. Die Blasenwandpartie muß nach Abtragung der Geschwülste in mehreren Sitzungen bis zu einer gewissen Dicke der Blasenwand nekrotisiert werden. Geringes Instrumentarium, Fehlen von Blutung und Schmerzhaftigkeit, Verschorfen der Blasenwand sind die Vorteile der einfachen Methode.

Ernst R. W. Frank-Berlin hat als erster die bipolare Applikation niedrig gespannter Hochfrequenzströme für urologische Zwecke angegeben und verwendet die Diathermiemethode seit 1911 und empfiehlt sie ganz besonders zur Behandlung von Blasenpapillomen und von Papillomen, Adenomen und Polypen der hinteren Harnröhre. Richtig angewendet, ist die Methode gefahrlos und schmerzlos für den Patienten, und sie hat den Vorzug, eine ganz genaue Dosierung und Lokalisation zu ermöglichen. Frank hat mit einem von der Firma Siemens & Halske gefertigten Instrumentarium 15 Blasentumoren, 2 tuberkulöse Blasengeschwüre und eine ganze Reihe von kleinen Tumoren der Urethra posterior so behandelt. Die ältesten der behandelten Fälle liegen über zwei Jahre zurück und sind bisher rezidivfrei.

V. Blum-Wien verwendet die Hochfrequenzströme besonders bei den Rückfällen der Geschwülste der Blase, die sich rasch vermehren, und in Fällen, wo viele kleine Geschwülste vorhanden sind. Er betrachtet die Hochfrequenzbehandlung der Blasengeschwülste nur als Ergänzung der üblichen Schlingenbehandlung.

Carlos Santos-Lissabon zeigt geeignete Apparate zur Diathermiebehandlung der Harnröhre.

Strauss-Frankfurt a. M. empfiehlt die Anwendung der Hochfrequenz bei Blasengeschwülsten bei leerer Blase, wo man leichter an den Stiel herankommt. Sonst nimmt Strauss immer heiße Platinschlingen, nie kalte Schlingen bei gestielten Tumoren, danach Verschorfung mit dem Kauter.

Necker-Wien empfiehlt, die Sitzungen der Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten nicht zu häufig stattfinden zu lassen, da sich nach relativ langer Zeit noch Stücke im Anschluß an die erste Koagulation abstoßen.

Hock-Prag und Buhr-Wiesbaden empfehlen beide die Kombination von Schlingenbehandlung mit Hochfrequenzströmen bei Blasengeschwülsten.

V. Blum-Wien spricht über blutigen Blasenkatarrh und einfaches Blasengeschwür,

Digitized by Google

die einen gewissen Zusammenhang aufweisen, da sie zusammen nach einer akut fieberhaften Erkrankung (Angina usw.) entstehen; aus blutigen Stellen der Blasenschleimhaut werden Geschwüre. Diese Erkrankungen kommen häufig im Frühjahr und Herbst vor, wie das Erythema exsudativum multiforme und die Purpura haemorrhagica der Dermatologen. Bei beiden Affektionen bestehen rheumatische Beschwerden.

P. Rosenstein-Berlin berichtet über einen Fall von Bauchwassersucht, bei dem er die Flüssigkeit durch die Harnblase abgeleitet und in gewöhnlichen Intervallen mit dem Urin hat entleeren lassen. Dazu war nötig, ein Ventil an der Blase zu schaffen, welches zwar das Bauchwasser eindringen läßt, dem Urin aber den Weg nach der Bauchhöhle verschließt. (Demonstrationen an der Hand von Abbildungen.) Beide Forderungen wurden erfüllt. Patient wird vorgestellt.

Simon-Mannheim berichtet: Aufmerksam gemacht durch Sektionsbefunde hämorrhagischer Zystitis nach großen Urotropingaben (8 und 10 g pro die, die bei Meningitikern gegeben worden waren), wurden Tierversuche gemacht, die bewiesen, daß große Urotropingaben hämorrhagische Zystitiden verursachen, die auf Abspaltung von Formalin zurückzuführen sind.

Brongersma-Amsterdam spricht über seltene, angeborene Blasenzellen (Divertikel), demonstriert mit Kollargolfüllung hergestellte Röntgenogramme und vier operierte Fälle, die alle geheilt wurden.

Preindlsberger-Serajewo zeigt eine Blase mit einem ungeheuren Divertikel, das infolge der mit dem Alter entstandenen Prostatahypertrophie größer als die Blase geworden und für einen Echinokokkensack gehalten worden war.

3. Sitzungstag. Vormittagssitzung.

Über den Wert der Phenolsulfophthaleinprobe zur Prüfung der Nierenfunktion hat Roth-Berlin klinische und experimentelle Untersuchungen ausgeführt. Der gute Ausfall der Probe beweist nicht stets eine gute Funktion, der schlechte Ausfall jedoch soll mit Sicherheit für einen schlechten Nierenzustand sprechen, wie er durch eine Anzahl Tierversuche erhärtet zu haben glaubt.

Schwarz-Wien hat die Funktion der Nieren mit demselben Farbstoff geprüft und bei Retentionen des Harns, besonders bei Vergrößerung der Vorsteherdrüse, infolge Veränderung der Wasserausscheidung differente Resultate erhalten.

Frau Dr. Teleky-Wien spricht über die Reizerscheinungen im Harnapparat während der Menstruation resp. vor derselben und die in diesem Zustand gefundenen Blasenbilder mit dem Zystoskop.

V. Blum-Wien hat keine Bereicherung der Funktionsprüfung der Nieren durch die Phenolsulfophthaleinprobe gefunden.

Knorr-Berlin glaubt die sogenannte „nervöse" Polyurie bei Frauen sehr einschränken zu müssen, es liegen meist Leiden, wie Hämorrhoiden, kleine Einrisse, Verstopfung usw., vor, deren Beseitigung die nervöse Polyurie heilt; derselben Meinung ist Freudenberg-Berlin.

Necker-Wien spricht zur Klinik der Nephroptosen, der erworbenen Lageveränderungen der Nieren, insbesondere der rechten Niere und deren Verhältnis zur Gallenblase und Erkrankungen dieses Organs.

F. Wossidlo-Berlin rät, bei Injektionen von Kollargol in das Nierenbecken zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken nie dessen Kapazität zu überschreiten und nie Kollargol ins Nierenbecken zu injizieren, sobald eine Blutung nach dem Einführen des Ureterkatheters eingetreten ist.

Schwarzwald-Wien hat das Kollargol nur in den kranken Partien der Niere resp.

Digitized by Google

des Nierenbeckens gefunden, nie in den gesunden Abschnitten wie in dem Falle, der den Ausgangspunkt der Wossidloschen Experimente bildete.

Joseph-Berlin tritt aus seinen Erfahrungen an der Kgl. Klinik in Berlin warm für den Wert der Pyelographie ein, empfiehlt die Verwendung ganz dünner Harnleiterkatheter, damit der Harn eventuell daneben herablaufen kann, und erläutert das Verfahren durch Röntgenbilder.

Th. Cohn-Königsberg i. Pr. macht Mitteilungen zur Diagnose und Therapie der Niereneiterungen auf Grund von 109 nichttuberkulösen Erkrankungen der Harnorgane; davon waren 99 sichere Niereneiterungen, 10 wahrscheinliche Niereneiterungen. Deshalb erkrankt bei Eiter im Harn wohl meist die Niere zuerst, dann sekundär die Blase; aber erst die Blasenentzündung macht durch Entzündung des Trigonum vesicae Schmerzen und andere Erscheinungen. Bakteriologische und serologische Untersuchungen vervollständigten die Diagnose. Gute Dienste leisteten Nierenwaschungen mit Perhydrol. 30 Patienten wurden operiert.

N. Meyer-Wildungen kommt bei Versuchen über die Anwendung biologischer Prüfungen zum frühzeitigen Tuberkelnachweis im Tierversuche zu folgenden Schlüssen: Die subkutane Tuberkulininjektion zur Prüfung des tuberkulösen Meerschweinchens stellt eine einfache, die bisherige Zeit wesentlich abkürzende und die Diagnose sichernde Methode dar. Die intrakutane Methode ist bezüglich der Reaktionszeit der subkutanen etwas überlegen; sie ist nicht so einfach wie jene in der Erlernung und Beurteilung. Für die Praxis scheint es am besten, möglichst beide Verfahren zu prüfen.

Czinner-Wien demonstriert eine intravesikale Samenblasenzyste mit gleichzeitiger Verkümmerung der rechten Niere.

Posner-Berlin spricht über Zylinder und Zylindroide im Harn und die Verwertung der Dunkelfeldmethode für ihre Diagnose; nicht nur bei beginnenden Nierenentzündungen, sondern auch bei prätuberkulösen Eiweißausscheidungen kann man diese Eiweißgerinnungsprodukte frühzeitig erkennen.

Schwarzwald-Wien erörtert die Frage der Nierenarteriosklerose und Nephralgie hématurique und zeigt ein durch Exstirpation gewonnenes Nierenpräparat, in dem deutlich arteriosklerotische Veränderungen Ursachen der unstillbaren Blutungen waren. In einem anderen Falle waren auch umschriebene herdförmige Atrophien mit reaktiver Entzündung Ursache der Blutungen.

Lohnstein-Berlin, Mankiewicz-Berlin, Heimann-Düsseldorf bringen interessante Beiträge dazu, insbesondere zur Therapie: Nephrotomie, Trockendiät mit Gelatinekur.

Bloch-Frankfurt a. M. spricht zur sekundären Koliinfektion des Nierenbeckens und empfiehlt Entleerung des Nierenbeckens durch Harnleiterkatheterismus und eventuell Spülung desselben; in einigen refraktären Fällen hat der Dauerureterenkatheterismus gute Dienste geleistet.

Ernst R. W. Frank-Berlin bestätigt auf Grund seiner Erfahrungen die Mitteilungen Blochs.

Götzl-Prag spricht über Anaphylaxie der Keimdrüsen: Verfasser hat die auf dem dritten Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie vorgetragenen Untersuchungen fortgesetzt und gefunden, daß sowohl die männlichen als auch die weiblichen Geschlechtsdrüsen ein gemeinsames Eiweiß besitzen, welches die Fähigkeit hat, zu sensibilisieren. Die Vorsteherdrüse und die Brustdrüse besitzen ebenfalls dieses Eiweiß und gehören diesem biologischen Verhalten gemäß in dieselbe Gruppe wie die Geschlechtsdrüsen. Die übrigen Drüsen des Körpers, Leber, Niere, Nebenniere, Thymus und Thyoidea besitzen dieses für die Organe der Geschlechtssphäre spezifische Eiweiß nicht; auch füreinander haben diese Drüsen nicht die Fähigkeit, Anaphylaxie auszulösen.

Digitized by Google

Die großen Schwierigkeiten, die sich seinen Versuchen entgegengesetzt haben, hat Götzl durch eine Methode der Waschung der Organemulsionen überwunden, mittels welcher es gelingt, dieselben von Blutsäure und dem Organgift (die Nebenniere auch vom Adrenalin) zu befreien und die störende Rolle, die diese Faktoren spielen, zu beseitigen. Die gemeinsame Eiweißsubstanz der Organe der Geschlechtssphäre ist nicht artspezifisch, d. h. sie findet sich in den Drüsen der Geschlechtssphäre von Mensch und Tier, ein Umstand, der vielleicht in physiologischer und therapeutischer Hinsicht seine Bedeutung haben wird.

In der Demonstrationssitzung zeigt E. Lewin-Berlin das Präparat eines Anilinfarbenkrebses der Blase und spricht nochmals über Resultate der intravesikalen Behandlung von Blasengeschwülsten mit bipolaren Hochfrequenzströmen.

Kielleuthner-München zeigt ein Präparat eines Nierenbeckenkarzinomes, bei dem nur noch geringe Reste des eigentlichen Nierengewebes vorhanden sind.

Lion-Wien demonstriert ein ähnliches Präparat, aber mit gutartigem Papillom des Nierenbeckens, der Fall ist geheilt worden.

W. Israel jun.-Berlin demonstriert ein flaches Karzinom des Nierenbeckens, das zwar operativ beseitigt wurde, aber nach einigen Monaten durch Metastase in der Wirbelsäule zum Tode führte.

Pretorius-Hannover weist einen sehr seltenen primären Krebs des Harnleiters vor, der so dick wie ein kleiner Finger ist.

W. Israel jun.-Berlin zeigt eine Anzahl von sogenannten Hypernephromen, angeblich aus Nebennierenkeimen entstandenen Geschwülsten der Niere im Präparat und Lichtbild; er hebt hervor, daß die Blutung nicht aus der Geschwulst kommen muß, sondern daß sie aus der Schleimhaut des Nierenbeckens und aus entzündlichen Stellen im Nierengewebe erfolgen kann, wie zwei vorliegende Fälle beweisen. Ein Fall betraf ein bis ins Herz hinein gewuchertes Hypernephrom, das die untere Hohlvene ganz anfüllte; ferner ein nach früherer, wegen Hypernephrom erfolgter Nephrektomie durch Metastase erfolgter Bruch des Oberarms, der mit Resektion behandelt wurde und seit $1^1/_2$ Jahren geheilt ist.

Keitel-Dresden sah eine Metastase eines Hypernephroms in der Blase.

Bloch-Frankfurt a. M. sah bei einem an Chylurie leidenden jungen Mädchen mit dem Blasenspiegel oberhalb des Ureters eine kugelförmige weiße Hervorragung, aus der ein weißer Strahl hervorkam; das ektatische Lymphgefäß wurde durch Glühschlinge verschorft und zur Heilung gebracht; der erste Fall von europäischer Chyurie, in welchem der Einbruch des Lymphstromes in den Harntraktus erkannt und geheilt wurde.

H. Wossidlo-Berlin zeigt einen Blasenspiegel mit Einrichtung zur Mesothoriumbehandlung von Blasengeschwülsten.

L. Casper-Berlin verwendet einen einfachen Nelatongummikatheter, in dessen Spitze er die Kapsel einfügt und durch ein Loch im Gummi die Strahlen durchgehen läßt; in einem Falle hat er für den Patienten einen guten Erfolg gesehen, objektiv hat sich an der Geschwulst nichts geändert.

J. Heller- und Spring-Berlin demonstrieren viele Bilder zur Pathologie des Samenhügels.

Conrad-Karlsbad zeigt einen mandelgroßen Ureterstein.

Schwarzwald-Wien konservierte vortrefflich anatomische Präparate und im Auftrage Bachrachs-Wien Bilder zur Gefäßverteilung in der Blase.

H. Lohnstein-Berlin zeigt ein angeborenes Divertikel der Harnröhre im Lichtbilde, da er endoskopisch operiert hat.

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Odessa.

Originalbericht von H. Glawtsche.

Sitzung vom 24. April 1913.

1. H. Florowsky: Zur Frage der **Kältebehandlung der Ulcera cruris** (Chloräthyl).

2. H. Lulkimacher: Die zweite Vorstellung des Patienten mit **Rhinosklerom** (vorgestellt am 31. X. 1912), der während sechs Monaten mit X-Strahlen behandelt wurde. Es wurden ihm 5 ED. auf die Gegend der Nase und Oberlippe und zwei Volldosen auf die Schleimhaut des harten Gaumens gegeben. Es ist eine bedeutende Besserung zu konstatieren: die Nase hat sich fast um das Dreifache verkleinert, ebenfalls die Lippe. Die knolligen Herde im Pharynx beginnen zu verschwinden.

3. H. Glawtsche: Demonstration von mikroskopischen Präparaten von knötchenförmiger Veränderung der Gesichtshaut, vorgestellt von H. Landesmann als **Adenoma sebaceum Pringle**. Nach dem mikroskopischen Bilde handelt es sich um eine Vermehrung der Haarbälge mit Zystenbildung, also eher um Trichoepithelioma.

4. H. Dewoianz: Über intramuskuläre Injektionen von Ol. Gynocardii mit Ol. Eucalyptol. nach der Formel von Brocq und Pomaret. Dieses Gemisch ist leicht löslich bei Zimmertemperatur. Die Injektionen sind in Dosen bis 4,0 wenig schmerzhaft und haben bisher keine toxischen Erscheinungen ergeben.

5. H. Perkel: Ein Fall von **Leukoderma colli psoriaticum** bei einem Patienten, der seit acht Jahren keine Arsenbehandlung durchgemacht hat. Auf dem Halse sind Psoriasiselemente zu sehen. WR negativ.

6. H. D. Kranzfeld: Demonstration einer Patientin mit **Ulcus rodens nasi**, mit Erfolg mit Kohlensäureschnee behandelt.

7. H. Landesmann: Die zweite Vorstellung des Patienten mit **Ulcus induratum am Oberschenkel**, das eine hypertrophische vegetierende Infiltration bei Anwesenheit von allgemeinen Syphiliserscheinungen zurückgelassen hat.

8. H. Schestopal: Die dritte Vorstellung des Patienten mit zirzinärer Affektion der Vola manus. 15 Injektionen von 2%igem Hydrarg. benzoicum führten innerhalb von drei Wochen zum Verschwinden des Ausschlages. Also ist es **Syphilis**.

9. H. Aegis stellte einen Patienten vor mit **Syphilis cerebralis**, entstanden sechs Monate nach der Infektion bei fast ausschließlicher Behandlung mit Neosalvarsan (zwei Infusionen).

Sitzung vom 1. Mai 1913.

1. **Jahresbericht des Schriftführers** der Gesellschaft, H. Glawtsche. Die Gesellschaft existiert 11 Jahre und zählt 66 Mitglieder. Im Verlaufe dieses Jahres wurden 10 Sitzungen abgehalten, wobei 53 Vorträge gehalten und 45 Fälle demonstriert wurden.

2. H. Glawtsche: Was haben die neuen Methoden und Mittel in der Frage der **Behandlung und Prognose der Syphilis** ergeben? Mitteilung der dreijährigen Erfahrungen über den Gebrauch der WR, des Salvarsans, des Ultramikroskops und der lumbalen Punktion in der Poliklinik für Haut- und venerische Krankheiten des Alten Stadtkrankenhauses in Odessa. Das Beobachtungsmaterial ist folgendes: 5000—6000 Syphilitiker, die etwa 40000 Besuche pro Jahr machen; 10000 serologische Untersuchungen,

Digitized by Google

etwa 1000 Infusionen von Ehrlich-Präparaten, einige Hundert ultramikroskopische Untersuchungen und etwa 50 Lumbalpunktionen. Die Resultate dieser Beobachtungen bestätigen die praktische Anwendbarkeit aller dieser neuen Methoden in der alltäglichen eiligen ambulatorischen Krankenhausarbeit.

Es wurde die Möglichkeit der Nekrose der Mundschleimhaut festgestellt als Nebenwirkung der Salvarsanbehandlung.

Bücherbesprechungen.

Ein Beitrag zur Lehre von der Kombination des Scheinzwittertums mit Neubildungen in der Genitalsphäre, von R. Zucker. (Dissert., Leipzig 1913.) Zucker beschreibt ein Individuum, das seinem Körperbau, seinem Gesamtausdruck und sekundären Geschlechtscharakteren nach als Mann aufzufassen ist. Keine besondere Vorliebe für weibliche Verrichtungen, Freisein von irgend welchen geschlechtlichen Empfindungen. Erektionen, Pollutionen, Blutabgang aus der Harnröhre sind nie beobachtet worden. Infolge der Verbildung der äußeren Genitalien gedrückte Stimmung. Mittels Bauchschnitt mußte ein gewaltiger Tumor entfernt werden. Die Topographie spricht eher für einen Eierstock, es handelt sich um ein Karzinom, fraglich, ob ein maligne entarteter Hoden oder Eierstock. „Die gegen eine normale in nichts zurückstehende Ausbildung der Tube mit Fimbria ovarica und tubaria, die mehr oder weniger senkrecht zu ihrer Längsachse in der Peritonealduplikatur verlaufenden und auf den Tumor hinstrebenden Parovarialschläuche drängen geradezu zur Deutung des Tumors als ehemaliges Ovar, das in dem Karzinom restlos aufgegangen ist.

Überlegt man des weiteren, daß das der inneren Öffnung des linken Leistenkanals anliegende und makroskopisch sofort als retinierter linker Hoden angenommene Gebilde bei mikroskopischer Untersuchung von Hoden nichts ergab, vielmehr als Tube mit anliegender überreichlicher Entwicklung von glatter Muskulatur und Blutgefäßen erkannt worden ist, so müssen doch wohl einige Zweifel über die Natur des in der allein zur Ausbildung gelangten rechtsseitigen Skrotalhälfte getasteten kugeligen Organs entstehen. Ist dieses Organ ein Hoden, dann gehört der Fall Petermann zum Pseudohermaphroditismus masc. internus mit Persistenz der Müllerschen Gänge, ist es aber kein Hoden, so gehört P. zu der Reihe von Individuen mit unbestimmbarem Geschlecht.“ Die Entscheidung darüber wird erst gefällt werden können, wenn der bereits ein Jahr nach der Operation von einem Rezidivtumor befallene, im Chemnitzer Krankenhause liegende Kranke ad exitum gekommen ist. Delbanco.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Untersuchungen über die Pellagra, von G. Volpino-Turin. (Pathologica, 1913, Nr. 105.) Die intramuskuläre Einspritzung von wässerigem Extrakt aus verdorbenem Mais ruft bei der großen Mehrzahl der Pellagrakranken eine Überempfindlichkeitsreaktion hervor, bestehend in Anstieg der Temperatur über 38° C, und oft: allgemeines Unwohlsein, Stupor, psychische und nervöse Erregung, Beschleunigung des Pulses und der Atmung, Erbrechen, Durchfall. In einzelnen Fällen wurde auch eine Intensivierung bereits bestehender Hauterytheme und in einem Fall das Auftreten eines Erythems auf dem Gesicht, den Vorderarmen und den Händen beobachtet.

Digitized by Google

Die Einspritzung des wässerigen Extraktes (in toto) aus gesundem Mais rief keine merkbaren Reaktionen hervor.

Der durch Fällung mit Alkohol getrennte wirksame Bestandteil des konzentrierten wässerigen Extraktes erzeugt schon bei Anwendung kleinster Dosen merkbare Reaktionen. Diese aktive Substanz nennt Verfasser „Pellagrogenin". Den Unterschied zwischen dem Pellagrogenin und dem Rohextrakt (Wirkungsfähigkeit des ersteren, Wirkungslosigkeit des zweiten) erklärt Verfasser durch das Vorhandensein von keimenden Stoffen in diesem, welche bei verdorbenem Mais ganz oder zum Teil fehlen.

Eine Reaktion rief die Inokulation von 1 ccm einer 1%igen Pellagrogeninlösung bei 90% der Pellagrakranken und bei 20% der Nichtpellagrösen hervor.

Es war nicht möglich, durch kutane Instillation von Pellagrogenin in die Armgegend spezifische Reaktionen hervorzurufen. Die Anwendung 10%iger Lösungen hatte jedoch bei fast allen Individuen die Entstehung eines Ödems in der Umgebung der Einimpfungsstelle und diejenige einer lebhaften Rötung der Hautoberfläche zur Folge, die sich zuweilen über den ganzen Vorderarm bis zum Handrücken ausdehnte.

Verfasser konnte durch Einspritzung zuerst von Blutserum Pellagröser und nach 24 Stunden von Pellagrogenin bei Meerschweinchen keine passive Anaphylaxie hervorrufen; ebenso konnte er nicht mit Blutserum Pellagrakranker und Pellagrogenin Präzipitations- noch Komplementbindungsreaktionen herbeiführen.

Die positive Reaktion, die man bei einem Teil der Nichtpellagrösen infolge der Einspritzung von Pellagrogenin beobachtet, erklärt Verfasser durch eine Sensibilisierung infolge des tagtäglichen fortgesetzten Maisgenusses oder durch das Vorhandensein einer latenten Pellegra oder durch eine Sensibilisierung infolge des fortgesetzten Genusses anderer Getreidearten (Gruppenreaktion).

Das Pellagrogenin ist in Wasser löslich; wird durch Alkohol gefällt; widersteht hohen Temperaturen, ohne seine Aktivität einzubüßen.

Das Pellagrogenin ist für normale Versuchstiere nicht giftig; es ist hingegen für Tiere toxisch, die ausschließlich oder vorwiegend mit Mais gefüttert werden.

Bei ausschließlich oder vorwiegend mit Mais gefütterten Meerschweinchen rief die intraperitoneale Einspritzung von 0,3—1,0 ccm Blutserum von Pellagrösen den Tod innerhalb 24 bis 48 Stunden hervor; bei solchen Tieren blieb die Einspritzung von Blutserum Nichtpellagröser (Syphilitischer, Hysterischer usw.) wirkungslos. Die Einspritzung von 1—2 ccm Blutserum Pellagröser hatte bei nicht mit Mais gefütterten Tieren keine Folgen.

Ausschließlich mit Mais gefütterte Meerschweinchen wurden infolge periodischer, jeden 4.—5. Tag während einer Periode von 20 Tagen erfolgender Einspritzung von 10%iger Pellagrogeninlösung von geringeren Krankheitserscheinungen befallen und blieben länger am Leben als die Kontrolltiere. K. Rühl-Turin.

Über den Evolutionszyklus des Streptobacillus pellagrae, von G. Tizzoni und G. Drangelis-Bologna. (Pathologica, 1913, Nr. 107.) Durch besondere physikalische Mittel (Carnot-Garnierscbe Röhren) oder durch geeignete Nährsubstrate kann man alle aus Pellagrakranken gewonnenen Arten von Kulturen in eine einzige untere (Staphylokokken) oder in eine einzige obere Form (Hyphomyzeten) umwandeln.

K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Pellagra, von Frederik C. Robbins-Hornell. (Med. Record, 11. Jan. 1913.) Kasuistik mit ausführlichem Sektionsbefund; von Interesse, weil die 42jährige Frau, um die es sich handelt, nie den Staat New York verlassen hat.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Die Behandlung der Pellagra, von Isadore Dyer. (New Orleans Med. and Sug. Journ., Okt. 1912.) Verfasser empfiehlt folgende Behandlungsmethoden. Täglich $^1/_2$—1 Unze Gelatine sowie den Saft von zwei Orangen oder Zitronen. Viel Milch, Eier und Gemüse. Der Patient soll am Tage im Zimmer sein, erst nach Sonnenuntergang ausgehen. Täglich warme oder heiße Bäder mit Stärke. Bei Durchfällen Chininum hydrobromatum, das spezifisch zu sein scheint. Zur Hebung der Körperkräfte Strychnin, Eisen usw. Bei Kranken, die nur Haut und Darmerscheinungen haben, ist die Prognose gut; diese wird nur durch hinzutretende psychische Störungen getrübt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Pellagra, ihr gegenwärtiger Stand, von George M. Niles-Atlanta. (New York med. Journ., 18. Jan. 1913.) Die Behandlungsmethode der Pellagra beruht auf hygienisch-diätetischen Maßnahmen, verschiedenen inneren Mitteln, Hydrotherapie und in entsprechenden Fällen Psychotherapie. Zu den erstgenannten gehört vor allem Meidung alkoholischer Getränke, des Sonnenlichts während der Frühlings- und Sommermonate (Gefahr der Hautreizung, Erytheme) und möglichst Aufenthalt in kühlen Orten. Bezüglich der Ernährung, die wegen der Gefahr der Magendarmstörungen sorgfältig zu überwachen ist, empfiehlt Niles 1—2mal täglich weich gebratenes Rostbeaf oder Hammelfleisch oder auch (bei Affektion der Mundschleimhaut) gut geschabtes Fleisch, frische Butter oder künstlich hergestellte Sauermilch. Von Medikamenten wendet er subkutan Eisenarsenik-Lösung und Na cacodylicum abwechselnd in entsprechenden Zwischenpausen, innerlich eine Kombination von Jodkalium und Fowlers Lösung (5:3) an, bis Erscheinungen von Arsenik-Sättigung auftreten (Schwellung der Augenlider), für die häufige Diarrhöe Bismut-β-Naphtol und Resorzin oder Tannigen, Protan, hohe Dosen von Bismut. subgallicum oder als letztes Mittel Opiumpulver, für die Munderscheinungen Thymollösung (in Alkohol), bei Aphthen Arg.-nitr.-Ätzung. Für das heftige Brennen der Hände und Füße, worüber so oft geklagt wird, sind eiskalte Kompressen mit einer leichten Sublimatlösung oder heiße Senfbäder zu empfehlen; wenn das Erythem beseitigt ist, fleißige Waschungen mit Alkohol (zur Beseitigung der Hornschicht). Von Salvarsan sah Niles keinen besonderen Erfolg, wie er von anderer Seite hervorgehoben wird. Heiße oder kalte Bäder, einfache oder medizinische Duschen, Packungen, feuchte oder trockene Abreibungen, begleitet von spezieller Massage, haben sich in vielen Fällen entsprechend bewährt. Kurz, Niles möchte mit seiner Arbeit feststellen, daß die Therapie der Pellagra keineswegs eine hoffnungslose ist, sondern in individueller Anwendung ihm manche gute Resultate geliefert hat. Schließlich erwähnt er noch die immer mehr zunehmende „Pellagra"-Furcht, welche die Ärzte nicht energisch genug entgegentreten können, sowohl zum Nutzen der Patienten wie des ärztlichen Standes.

Stern-München.

Die spezifische Behandlung der Pellagra; der relative Wert von Natriumarsanilat und Salvarsan, von E. H. Martin-Hot Springs. (New York med. Journ., 15. März 1913.) Martin hat im ganzen 83 Fälle von Pellagra, teils mit dem einen, teils mit dem anderen dieser beiden Mittel behandelt; davon waren 45 zu kurze Zeit resp. sind noch in Behandlung, so daß sie Martin zur endgültigen Beurteilung ausschaltet. Von den übrigen wurden 11 mit Natriumarsanilat und 27 mit Salvarsan behandelt. Vom ersteren gaben 9 Heilungen und 2 Todesfälle, vom letzteren wurden 20 augenscheinlich geheilt, 3 gebessert und 4 starben. Das Arsanilat muß subkutan alle 3—5 Tage $1^1/_2$—2 Jahre lang mit Pausen von je 3 Wochen, nachdem die Gesamtdosis von 6,25 g erreicht ist, einverleibt wurden, beansprucht also eine viel längere Behandlungszeit als das Salvarsan, das, mit 0,2 beginnend, dann auf 0,4 steigend, 5, 6, 8 bis höchstens 12 (in einem Falle) intravenöse Infusion allwöchentlich erheischt. Martin

Digitized by Google

hält es für sehr wichtig, bei Pellagra (sowohl wie bei Syphilis) so lange Salvarsan zu geben, bis der Patient darauf keine Reaktion mehr zeigt, was meist nach 5—8 Infusionen der Fall ist, wenn auch scheinbare Heilung schon nach der ersten oft eintritt. Der Durchschnittspatient bedarf 6 Infusionen, ist also innerhalb 5 Wochen mit Salvarsan geheilt; man kann auch zuerst ein paar Infusionen geben und dann mit Natrumiarsanilat weiter behandeln. Beide Mittel, von welchen letzteres den Vorzug der einfacheren Einverleibungsart, ersteres den der weit rascheren Wirkung hat, möchte Martin als Spezifikum gegen die Pellagra bezeichnen, womit es möglich sei, alle Fälle mit Ausnahme besonders bösartiger zu heilen; es müsse daher endlich mit der unter den Ärzten so weit verbreiteten Ansicht von der Unheilbarkeit der Pellagra gründlich aufgeräumt werden. Stern-München.

Skorbut, Hämophilie und progressive, perniziöse Anämie, von De Renzi. (Riforma med., 1913, Nr. 10.) In dem hier mitgeteilten Fall ist der Umstand bemerkenswert, daß bei dem 15jähr. Kranken trotz Aufhörens der Blutungen die Anämie in rapider Weise fortschritt und einen außerordentlich hohen Grad erreichte (995000 rote Blutkörperchen pro Kubikmillimeter). Der Verfasser nimmt deshalb an, daß sich nachträglich dem Skorbut eine perniziöse Anämie als selbständige Krankheit zugesellte. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii bei einer 72jährigen, von Häuer-Hohenstein, Ostpr. (Med. Klinik, 1913, Nr. 6.) Der Verfasser bezeichnet die leichteren Fälle, in denen sich ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens nur Blutungen in der Haut zeigen, als Purpura simplex, dagegen die schwereren Formen, die mit Blutungen in der Haut, Schleimhäuten und inneren Organen bei erheblicher Beeinträchtigung des Gesamtzustandes einhergehen, als Morbus maculosus Werlhofii, in dem er, Litten folgend, unter den Purpura-Erkrankungen graduelle Unterschiede annimmt. Unter fünf von ihm beobachteten Fällen sieht Häuer dreimal Erkältung verbunden mit schlechter Ernährung und Aufenthalt in feuchten, ungesunden Wohnungen als ätiologisches Moment an, besonders da die Erkrankungen meist im Frühjahr und Herbst auftreten; das letzte Moment gilt auch in dem vierten Fall, in dem es sich um ein sonst gut genährtes Mädchen in günstigen äußeren Umständen handelt. Für den fünften Fall, der bemerkenswerterweise bei einer alten Dame, die sehr gut genährt und für ihr Alter (72 Jahre) sehr rüstig war, fehlt dem Verfasser jeder Anhalt für die Ätiologie. Der sehr ausführlich beschriebene Fall, der anfangs sehr bedrohlich aussah, dann aber einem günstigen Verlauf nahm und viele interessante Details bot, wurde symptomatisch behandelt mit Decoctum chin. mit Acidum muriaticum dilutum, ferner mit Secale cornutum, Stypticin; in dem vierten Falle haben dem Verfasser CO_2-Bäder und Dürkheimer Maxquelle gute Dienste geleistet. Lasch-Breslau.

Normales Blutserum vom Menschen bei der Behandlung hämorrhagischer Krankheiten im Kindesalter, von J. E. Welch-New York. (New York med. Journ., 18. Jan. 1913.) Die Seltenheit ihres Vorkommens und die Raschheit, mit der sie zum Tode führt, machen es wünschenswert, daß wir ein spezifisches, leicht erreichbares Mittel gegen dieses Leiden zur Verfügung haben. Der Beginn desselben ist nicht immer der gleiche; bei scheinbar ganz gesundem Befinden kann plötzlich blutiges Erbrechen oder blutig gefärbter Stuhl auftreten, oder die Blutung kann eine subkutane oder der Nabelstumpf, ein geteiltes Präputium oder das Zahnfleisch der Sitz der Blutung sein; tödlich endende innere Blutungen kommen nicht selten ohne äußere Anzeichen vor und können das Gehirn oder irgend welche der Brust- oder Bauchorgane betreffen. Diese Patienten können klinische Anzeichen von Ikterus oder einfach blasse, fahle Farbe haben

Digitized by Google

und ohne äußerlich nachweisbare Ursache sterben. Welch führt nun drei solcher Fälle aus den 35 von ihm beobachtetem genauer an, wo rasche Heilung durch Injektion von menschlichem Blutserum eingetreten ist. Es wurden im Verlaufe von 24 Stunden bis zu 100 ccm Serum und im ganzen bis zu 600 und mehr subkutan injiziert; die Einzeldosis betrug 20—30 ccm. Während die Seruminjektion eine relativ einfache, gefahrlose Maßregel ist, ist die Transfusion, welche so vielfach angewendet wurde, mit gewissen Gefahren verbunden: Hämolysis, Thrombose und Embolie, welche einzeln oder zusammen tödlich wirken können, sind hier zu befürchten. Immerhin ist in Fällen von profusen Blutverlusten, wo die Zellelemente des Blutes hochgradig vermindert sind, die Bluttransfusion oft das einzige Rettung bringende Mittel, da hierbei die dem Blute notwendigen Zellen einverleibt werden, welche in jeder Art von Serum, das eingegeben wird, fehlen. Stern-München.

Traumatische Entzündungen.

Über schwere Röntgenverbrennungen, von Heuck-Bonn. (Sitzungsber. d. Niederrh. Ges. f. Nat. u. Heilk., Bonn, Oktober 1911.) Bestrahlung eines Psoriatikers an vier aufeinanderfolgenden Tagen zehn Minuten lang, bis eine schmerzhafte Rötung der Haut eintrat. Die geröteten Stellen gingen in zum Teil handtellergroße, gangränös belegte Hautgeschwüre über. (Demonstration von Moulagen akuter und chronischer Röntgendermatitis.) Von forensischer Wichtigkeit bei Begutachtung ist die Frage, ob es eine Überempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen gibt. Man neigt fast dazu, sie zuzugeben. Redner empfiehlt, die Krankheitsherde, die oft lange refraktär gegen Röntgeneinwirkung sich verhalten, unmittelbar vor der Röntgenbestrahlung etwa zehn Minuten lang durch d'Arsonvalsche Ströme zu sensibilisieren. In der Diskussion spricht sich Schultze für die Überempfindlichkeit aus, ebenso Hoffmann. Chrzelitzer-Posen.

Zur Klinik und Histologie schwerer Röntgenverbrennungen, von E. Pagenstecher, Wiesbaden. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 82, H. 2.) Eine Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen gibt es nicht, außer daß sich in dem einen oder anderen Falle die Haut aus anderen Ursachen im Zustande erhöhter Reizbarkeit befinden kann. Ferner haben trotz der größten klinischen Verschiedenheiten die akuten Schädigungen und „Verbrennungen" der Haut die gleiche biologisch-physikalische Ursache wie die chronischen (speziell der Röntgenologen), nämlich die Absorption einer über ein gewisses für die Haut erlaubtes Maß hinausgehenden Menge von (weichen) Strahlen, einerlei, ob dieselben auf einmal in einer Sitzung einverleibt wurden oder sich erst im Laufe der Zeit summierten. Nach der ausführlichen Beschreibung eines der von dem Verfasser selbst beobachteten Fälle schildert derselbe die sich fast überall gleichenden histologischen Befunde, aus denen man mit Leichtigkeit das klinische Bild ableiten kann, und die auch die Richtschnur für die Therapie geben. Pagenstecher fordert ohne längere vorherige Behandlung des Patienten mit Salben usw. eine möglichst frühzeitige, gründliche Exzision jeder Röntgenschädigung sog. vierten Grades mit sofortiger Transplantation nach Thiersch. Nur auf diese Weise wird die Schmerzenszeit des Patienten abgekürzt und glatte Heilung erzielt. Lasch-Breslau.

Was soll der Nicht-Röntgenarzt über das X-Erythem wissen? von Becker-Frankfurt. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Verfasser unterscheidet vier Röntgenreaktionen. Je früher das Röntgenerythem auftritt, um so schwerer ist es, um so länger wird es zur Heilung brauchen. Es gibt ein mit diesen nicht verwandtes Früherythem. Es können noch viele Monate später ohne frühere Röntgendermatitis schwere Spätreaktionen in Form von Geschwüren auftreten, die ihren Grund in Schädigung der

Digitized by Google

Gefäßintima im Unterhautzellengewebe haben, die Folge einer Tiefenüberdosierung. Psoriasiskranke sind gegen Röntgenstrahlen besonders empfindlich. Das Röntgenkarzinom dürfte kaum jemals mehr anders als Berufskrankheit auftreten.

O. Junghanns-Dresden

Verätzungen durch Benzin, von Sehrwald-Straßburg i. E. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.) Benzin führt zu starken Ätzungen, selbst Nekrosen, wenn es, auf die Haut gebracht, nicht oder nicht schnell genug verdunsten kann. Diese Beobachtung hatte man bei Bauchoperationen gemacht, wo ein Teil des zur Desinfektion benutzten Benzins gegen die Kreuzbeingegend, an die Hinterbacken oder zwischen und hinter die Oberschenkel floß und hier nicht verdunsten konnte. Ferner wurde diese Wirkung beobachtet, als man nach der Lumbalpunktion die Stichöffnung mit bezingetränkten Verbandmull bedeckte und durch Heftplaster dicht abschloß, ferner beim Reinigen des Ohrläppchens, wenn etwas Benzin in das Ohr floß. Nach wenigen Sekunden traten heftige Schmerzen auf. Therapeutisch ist diese Eigenschaft des Benzins noch nicht ausgenützt worden. Junghanns-Dresden

Skarlatinöser Ausschlag durch, Terebinthina veneta hervorgerufen, von W. Angus-Ipswich. (Brit. med. Journ., 5. April 1913.) Ein 22jähriger Mann kam mit einem universellen, typisch scharlachartigen Erythem bei leichter Störung des Allgemeinbefindens zur Aufnahme. Der weitere Verlauf ließ die Diagnose Scharlach unwahrscheinlich erscheinen, und Verfasser führt den Hautausschlag auf das Einnehmen des als Volksmittel gebräuchlichen Harzes der Abies laricis (in der alten Pharmokopöe als Terebinthina veneta angeführt) zurück. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Zona des Ohres, von Hennebert. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 6.) Der Zoster am Ohre ist relativ selten und bietet verschiedene Bilder, je nach der Zahl der befallenen Nerven. Er kann sich mit Fazialislähmung, Hörstörungen, Bläscheneruption auf dem Gaumen und der Epiglottis usw. komplizieren. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Existenz einer Zona reflektorischer Natur, von G. Bécus. Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 7.) Verfasser bringt drei Beobachtungen, bei denen sich ein Herpes zoster an ein inneres Leiden angeschlossen hatte. Bei allen dreien waren die Neuralgien und die Zostereruptionen auf zwei oder drei Nervenäste lokalisiert, entsprechend den von Head beschriebenen hyperästhetischen Zonen der Haut. Beim ersten Falle, der an Cholezystitis und -lithiasis litt, war die Gegend des 8. und 9. rechten Dorsalnerven befallen. Die beiden anderen Kranken litten an Nierenkoliken, und dementsprechend waren die der Niere und dem oberen Teile des Ureters entsprechenden, dem 11. und 12. Dorsal- und 1. Lumbalnerven zugehörigen Hautpartien befallen. Die Zostereruption verlief bei allen drei Patienten ohne oder mit geringem Fieber und dauerte nie länger als 24 Stunden. Die Schmerzen waren sehr stark. Diese Beispiele sprechen dafür, daß es sich um keinen infektiösen, sondern um einen reflektorischen Zoster handle. Von den erkrankten inneren Organen wird der Reiz dem Rückenmark vermittelt und von dort auf die Hautnerven übertragen. Richard Frühwald-Leipzig.

Jährlich zweimal rezidivierender Herpes der Haut, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1913, Nr. 5.) Bei einem jungen Manne trat seit fünf Jahren jährlich zweimal unter Jucken und Brennen oder leichten Fieberbewegungen an der linken Wange eine typische Herpeseruption auf. Richard Frühwald-Leipzig.

Ionentherapie bei Herpes zoster, von A. Macnab-London. (Lancet, 1913, 22. März.) Verfasser hat als Augenarzt mehrfach Gelegenheit gehabt, Fälle von Herpes des Trige-

Digitized by Google

minus teils mit, teils ohne Beteiligung der Kornea und Iris zu behandeln und hat dabei die kataphoretische Applikation von Chininsulphat sehr wirksam gefunden. Die (positive) Elektrode wurde sowohl auf die Haut als auch nach Anästhesierung mittels Kokain auf das affizierte Auge in entsprechender Größe appliziert, wobei auf je ein Quadratzoll der Platte (= 5,76 qcm) eine Stromstärke von 1—1,5 MA. berechnet wurde. So kamen auf eine Elektrode von ca. 12 × 7 cm ein Strom von 15—20 MA. Die Sitzung dauerte 15—30 Minuten und wurde in der Regel nach einer etwa achttägigen Pause noch ein- bis zweimal wiederholt. Vor allen Dingen wird die wohltuende Wirkung des Verfahrens zur Beseitigung der Schmerzen rühmend hervorgehoben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Über Scharlach, von W. L. Somerset-New York. (New York med. Journ., 1. Febr. 1913.) Unter den akuten Exanthemen bietet Scharlach die größte Anzahl von schwer zu diagnostizierenden Fällen, da er so verschiedenartige, weit auseinanderliegende klinische Bilder zeigt. So kann die Hauteruption hochgradig oder nur schwach angedeutet, universell oder ganz umschrieben, buntscheckig oder gleichförmig sein, acht Tage und länger oder nur ganz kurz dauern. Die zwei weiteren Hauptsymptome sind Fieber und Exanthem. Ersteres ist stets vorhanden, geht aber selten über 38° C hinaus; geringeres und nur kurze Zeit — 1—2 Tage — anhaltendes Fieber spricht nicht gegen Scharlach. Gleichzeitig mit dem Fieber tritt das Exanthem auf Magendarmschleimhaut oder in den Nieren auf, niemals verschont es den Rachen, wo es in mildesten Fällen als Kongestion Tonsillen, harten und weichen Gaumen und Zäpfchen befällt. Der Grad der Rachenaffektion steht in engster Beziehung zur Höhe des Fiebers. Einen Scharlach sine eruptione möchte Somerset absolut negieren. Die Variationen des Ausschlags haben ihre Grenzen, das wahre Scharlachexanthem mit nachfolgender Abschuppung tritt im Gesicht nicht auf, ferner ist keine scharfe Grenze zwischen kranker und gesunder Haut vorhanden, wie sie so häufig bei Arzneiexanthem, bei Erythem nach Verdauungsstörungen u. a. m. beobachtet wird. Das Scharlachexanthem breitet sich oft innerhalb weniger, meist aber im Verlaufe von 24 Stunden, und zwar von der Brust nach abwärts zu den Füßen aus, verschwindet aber nie so rasch als es kommt, bleibt vielmehr, wenn einmal ausgeprägt vorhanden, 2—3 Tage bestehen, ohne irgendwie seinen primären Charakter zu verlieren. Die Abschuppung vollzieht sich in der uns bekannten Weise: in der ersten bis vierten Woche beginnend, um in 5—6 Wochen vom Beginn der Krankheit an vollendet zu sein. Abweichung von der Norm besteht häufig darin, daß Handteller und Fußsohlen nicht abschuppen; ebenso variabel, wie der Ausschlag, kann auch die Abschuppung sein und sogar ganz fehlen, wenn auch alle Zeichen von Scharlach — Fieber, Halsschmerzen und leichtes Exanthem — vorhanden waren. Was die tödlich endenden Fälle von Scharlach betrifft, so glaubt Somerset, daß die Schwere der Halslokalisation in Übereinstimmung mit der Intensität des Giftes steht, die Temperatur bis zum Ende eine hohe bleibt und nicht früher als am zweiten Tage nach Beginn der Tod eintritt. Bei leichten oder unregelmäßigen Symptomen kann übrigens nur wiederholte genaue Untersuchung resp. Besuch des Patienten eine Fehldiagnose verhüten.

Stern-München.

Ist Scharlach im Abschuppungsstadium ansteckend? von Francis H. Mead-San Diego. (Med. Record, 15. Febr. 1913.) Verfasserin hat eine Reihe Fälle beobachten können, in denen Kinder erst aus der Schule genommen wurden, als an der Abschilferung der Haut das Bestehen eines Scharlachs klar wurde — ohne daß es in diesen Schulen zu Epidemien gekommen ist. Sie ist mit anderen Verfassern der Meinung, daß die Ab-

Digitized by Google

schuppung kein infektöses Moment birgt, sondern daß die Absonderung des Mundes, der Nase und Ohren Übertragungen vermittelt. Sie führt aus der Literatur der letzten Jahre eine Reihe damit übereinstimmender Äußerungen an. W. Lehmann-Stettin.

Weitere Mitteilungen über die Giftigkeit des Harns bei Masern und anderen Infektionskrankheiten, von Aronson und Sommerfeld-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Nach Auffassung der Verfasser ist eine über die Norm gesteigerte und eventuell differentialdiagnostisch zu verwendende Giftigkeit des Harns dann als erwiesen anzusehen, wenn Meerschweinchen von 180—220 g nach intravenöser Injektion von 2 ccm neutralisierten, auf Körpertemperatur erwärmten Harns akut zugrunde gehen. Eine solche Steigerung der Harngiftigkeit soll nun bei Masern vorkommen und bei solchen Infektionskrankheiten, bei denen die Affektion der Haut eine große Rolle spiele, nicht aber bei Scharlach. Deshalb sei man wohl berechtigt, diese Tatsache differentialdiagnostisch, besonders Scharlach gegenüber, zu verwerten. Bei ihren diesbezüglichen Untersuchungen machten nun die Verfasser noch die merkwürdige Beobachtung, daß der Harn eines ganz gesunden Kindes völlig ungiftig, die Harnasche dagegen sehr giftig war. Fischer-Dresden.

Zur Genese von Röteln, Masern und Scharlach, von Gottfried Armbruster. (Ärzt. Vierteljahrsrundsch., 1912, Nr. 4.) Scharlach entsteht aus unfertigen Masern, die stets in Röteln ihren eigentlichen Ursprung besitzen. Diese drei Krankheiten haben also dieselben Keime, nur verschiedener Größe und Virulenz. Chrzelitzer-Posen.

Die Kuhpockenimpfung und das Lama, von Leonhard Voigt-Hamburg. Mit 1 Tafel. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 68, H. 1.) Da zwar das Rind ein sehr tauglicher Träger des Kuhpockenimpfstoffes ist, aber die Schutzkraft desselben nach wiederholten Passagen meistens bald sich verliert, so suchte V. nach einem anderen, zur Hervorbringung eines ungeschwächten Schutzstoffes (in ununterbrochener Fortpflanzung) leicht zu beschaffenden Tiere und glaubt dies in dem Lama, das auch als Schlachttier verwendet werden kann, dessen innere Organe also tierärztlicher Besichtigung zugänglich sind, gefunden zu haben. Die, dem Kaninchen, Rinde und Menschen übertragene Lamalymphe wirkte ebenso kräftig wie beste Kalbslymphe und ließ sich auch ungeschwächt von Rind zu Rind bis jetzt fortpflanzen. Sie lieferte (bei 675 Erstimpflingen und 71 Wiederimpflingen) bei der ersten Impfung 100, bei der Wiederimpfung 91 Prozent Erfolg. Die Frage, wie lange der Impfstoff von Lama zu Lama ununterbrochen sich fortpflanzen läßt, ohne an Virulenz zu verlieren, wird, wie V. annimmt, sich in den Impfanstalten Südamerikas erproben lassen; der Impfstoff wird dann den Namen „Lamine" erhalten, wie der Kaninchenstoff „Lapine" genannt wird. Stern-München.

Die Dauer der Vakzineimmunität, von E. Bertarelli. (Morgagni, 1913, Nr. 25.) Der Verfasser tritt der Meinung entgegen, nach welcher die Vakzineimmunität gewöhnlich zehn Jahre dauert. Er glaubt, daß dieselbe viel kürzer ist. Zum Beweise erzählt er, daß er vier Neffen im ersten Lebensvierteljahr mit positivem Erfolge impfte. Zwei derselben wurden nach fünf und zwei nach sechs Jahren wieder geimpft. Je ein vor fünf Jahren und ein vor sechs Jahren geimpfter Knabe zeigten ein positives Impfresultat, trotzdem die alten Impfnarben noch deutlich sichtbar waren. Solche Fälle mahnen zur Vorsicht vor einem allzu großen Vertrauen in die lange Dauer der Vakzineimmunität. A. Gunsett-Straßburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Leprabazillen im kreisenden Blute der Leprakranken und im Herzblute eines Leprafötus, von Marcus Rabinowitsch-Charkow. (Berl. klin. Wochenschr.,

Digitized by Google

1913, Nr. 6.) Bei acht Leprakranken konnten sechs Leprabazillen im Blut gefunden werden, bei einem sechsmonatigen Fötus einer Leprakranken, der selbst keine Zeichen von Lepra bot, wurden Leprabazillen im Herzblut gefunden. Verfasser zieht hieraus den Schluß, daß die intrauterine Übertragung der Lepra auf hämatogenem Wege von der Mutter auf das Kind erfolgen kann. H. Lautsch-Graudenz.

Positiver Leprabazillenbefund im Inhalte einer Kuhpockenpustel bei einem an Lepra tuberosa leidenden Patienten, von Louis Merian. (Centralbl. f. innere Med., 1912, Nr. 40.) Obigen Befund fügt Verfasser anderen ähnlichen Beobachtungen hinzu; Beweis dafür, daß auf diesem Wege der Vakzination Lepraübertragung möglich ist. Haas-Hamburg.

Fall von tuberkulöser Lepra, von Nicolas und Bussy. (Lyon méd., 1913, Nr. 13.) Bei dem 33jährigen Patienten bestehen erbsen- bis haselnußgroße, etwas rötliche Knötchen im Gesicht und am Halse, von denen nur einer erweicht ist. Die Haare sind ausgefallen. Auf der Brust Gefäß- und Pigmentflecke ohne Infiltration. Auf den Extremitäten infiltrierte Flecke, auf dem rechten Fuße drei Ulzerationen. Geringer Ausfluß aus der Nase. Verdickung der Nn. ulnares. Richard Frühwald-Leipzig.

b. Tuberkulose.

Einige Untersuchungen über die klinische Anwendbarkeit der lokalen Tuberkulinreaktionen, von Kr. Andersen-Kristiansand. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 26, H. 1.) Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit um die Konjunktivalreaktion und um die Kutisreaktion. Es wurden daraufhin Massenuntersuchungen angestellt. Verfasser kommt nun zu folgendem Resultate: Die Konjunktivalreaktion kommt bei klinisch Gesunden so häufig vor, daß ihr positives Auftreten dem einzelnen dubiösen Kasus gegenüber keine diagnostische Bedeutung hat. Ein negativer Ausfall der Reaktion kann dennoch von richtunggebender Bedeutung sein. So verdient sie bei Fieberzuständen von unbekannter Entstehung und mit mangelndem physikalischem Befunde Anwendung zu finden. Eine prognostische Bedeutung kommt ihr nicht zu. Ein positiver Ausfall der Kutisreaktion kommt nicht so häufig vor, als eigentlich erwartet werden sollte, wenn die Reaktion wirklich ein erschöpfender Indikator für einen früheren Kontakt zwischen Organismus und tuberkulösem Virus wäre. Sodann soll bei einer öfters angewandten Kutisreaktion in vielen Fällen eine Sensibilisierung gegenüber Tuberkulin eintreten, selbst wenn die Reaktion beim ersten Male negativ gewesen wäre. Fischer-Dresden.

Über die klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinreaktion, von Dluski-Rudzki-Zakopane. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 26, H. 1.) Beide Verfasser haben auf Grund von 500 eigenen Beobachtungen folgende Ansicht betreffs der klinischen Bedeutung der Moroschen Reaktion. Dieselbe ist eine spezifische Reaktion und ihr positiver Ausfall setzt stets eine tuberkulöse Infektion voraus, doch schließt ein negatives Resultat keineswegs das Vorhandensein einer Tuberkulose aus. Außerordentlich groß ist aber ihre prognostische Bedeutung. Bleibt bei einer klinisch festgestellten Tuberkulose die Morosche Reaktion aus, so hat man mit einer ungünstigen Prognose zu rechnen, je stärker jedoch die Reaktion ist, desto besser die Prognose. Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der positiven Ausfälle deutlich ab. Durch eine spezifische Behandlung tuberkulöser Patienten wird das Auftreten der Moroschen Reaktion abgeschwächt oder überhaupt aufgehoben. Fischer-Dresden.

Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung, von H. Isklin-Basel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 8.) Tuberkulöse Herde, so besonders Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose, werden durch Röntgenstrahlen entgiftet. Als Beweise

Digitized by Google

für diese Wirkung der Strahlen werden angeführt: Die Körpergewichtszunahme, die der Bestrahlung folgt. Besserung des Allgemeinbefindens, Abnahme der entzündlichen tuberkulösen Schwellung und besonders oft schnell eintretende Resorption des entzündlichen Gewebes. Sodann beschäftigt sich der Verfasser mit der Frage, auf welchem Vorgange diese entgiftende Tätigkeit der Röntgenstrahlen beruhen könne. Ein sicheres Urteil vermag er darüber nicht abzugeben. Fischer-Dresden.

Diagnostik der Tuberkulose und der Syphilis, von Emile Sergent. (Bull. méd., 1913, Nr. 30). Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Prognose und Therapie der Hauttuberkulose, von Jungmann-Wien. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 24.) Die Prognose ist abhängig vom Allgemeinbefinden, außerdem von den begleitenden Komplikationen — wie Drüsen- und Knochenerkrankung, von dem Sitz und dem Alter des Leidens, und seiner Vorbehandlung. Die Therapie ist neben der Allgemeinbehandlung und Tuberkulininjektionen eine radikale und eine unterstützende. Zur ersteren gehört das operativ-plastische Verfahren und die Lichtbehandlung. Zu den unterstützenden therapeutischen Maßnahmen gehört zunächst die Röntgenbestrahlung, Radiumbehandlung, und schließlich die chemische Behandlung.

Chrzelitzer-Posen.

Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose, von Artur Strauss-Barmen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.) Auf Grund experimenteller Ergebnisse von zahlreichen Versuchen, die von v. Linden angestellt wurden, sowie der bisher gewonnenen praktischen Erfahrungen am Menschen, die Verf. gemacht hat, muß angenommen werden, daß es sich bei der Anwendung von Kupferpräparaten, besonders tuberkulösen Hauterkrankungen gegenüber, nicht nur um eine elektive Ätzwirkung, sondern auch um eine spezifische Wirkung auf Tuberkelbazillen handelt. Verf. hat nun das Kupfer zunächst allgemein mit Injektionen und Schmierkuren angewandt. Dabei will er eine deutliche Heilwirkung auf lupöses Gewebe gesehen haben. Doch wurden unter gleichzeitiger örtlicher Behandlung wesentlich schnellere Erfolge erzielt.

Fischer-Dresden.

Über den Schleimhautlupus der Nase, von Walb-Bonn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.) Im allgemeinen kann man annehmen, daß der Hautlupus an der Nase seinen Ausgang nimmt von der Schleimhaut der Nase. Als Entstehungsursache werden angeführt, digitale Infektion, die Einatmung bazillenhaltiger Massen, ferner die Infektion auf dem Blutwege. Selbstverständlich tritt dies alles um so leichter ein, wenn der Kranke an einer anderen Körperstelle bereits tuberkulöse Herde aufweist. Der Lieblingssitz der Erkrankung ist das knorpelige Septum der Nasenscheidenwand. Die Schleimhaut bildet hier eine Art Tasche; die Lues dagegen befällt vorzugsweise den Knochen. Therapeutisch kommt in Betracht die vollständige Elimination des ganzen lupösen Herdes bis ins Gesunde mit dem Konchotom, danach regelmäßiges Einlegen von 1‰ Sublimatgazestreifen, was von großem Werte sein soll, da man fand, daß manche Menschen für ihr ganzes Leben Bazillenträger bleiben. Besteht gleichzeitig ein Haut- und Schleimhautlupus nebeneinander, so soll man die Behandlung des Hautlupus nach der Behandlung des Schleimhautlupus vornehmen. Schließlich kommt als Prädilektionsstelle noch die Schleimhaut der unteren Muschel in Betracht. Diese erkrankten Stellen kann man am besten durch vorherige Behandlung der Schleimhaut mit Kokain und Adrenalin deutlich sichtbar machen. Auch hier ist die einzige, erfolgreiche Therapie, radikale Entfernung alles lupösen Gewebes mit dem Konchotom. Fischer-Dresden.

Digitized by Google

Die Behandlung des Lupus nasi mit nascierendem Jod, von P. W. Bedford-Salop. (Brit. med. Journ., 12. Apr. 1913.) Verf. berichtet über ein zwölfjähriges, ausgesprochen tuberkulöses Mädchen, das nach längerer vergeblicher Tuberkulinbehandlung einer Kur mit innerlicher Darreichung von Jodnatrium (0,45 alle vier Stunden) nebst lokaler Applikation von Wasserstoffsuperoxyd in einer modifizierten Form der Pfannenstillschen Vorschrift unterzogen wurde. Nebenbei wurden allerdings auch Tuberkulininjektionen gegeben. Etwa acht Wochen nach Beginn der kombinierten Behandlung waren alle Läsionen geheilt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Der nächste Kongreß der **Deutschen Gesellschaft für Urologie** findet 1915 in Wien statt. Zum Vorsitzenden wurde Hofrat Prof. Anton v. Frisch-Wien, zu dessen Stellvertretern Prof. Felix Mart. Oberländer-Dresden und Priv.-Doz. Jonathan Pál Haberern-Budapest, zu Schriftführern Priv.-Doz. Victor Blum-Wien und Dr. Arthur Lewin-Berlin gewählt.

Die im Februar d. J. in Berlin begründete **Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft** wird von nun ab den Namen „Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik" führen. Es soll damit zum Ausdruck gebracht werden, daß auch das Studium der zur Verbesserung der menschlichen Rasse führenden Gesetze von ihr gepflegt werden wird.

Sir Jonathan Hutchinson bestimmte als seine Grabschrift die Worte: „A Man of Hope and Forward-Looking Mind".

Dr. Vincenzo Fisichella hat sich an der Universität Catania als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Dr. Virginio Ramazzotti hat sich als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis in Modena habilitiert.

Dr. W. Dyson wurde zum Lektor für Dermatologie an der Universität Manchester ernannt.

Dr. Karl Marcus, dirigierender Arzt am Krankenhause St. Göran, wurde Dozent für Syphilidologie am Karolinska Mediko Kirurgiska Institutet in Stockholm.

Prof. Otto Zuckerkandl-Wien wurde zum Ehrenmitgliede der Deutschen Gesellschaft für Urologie gewählt.

Dr. James M. Blaine, Professor der Dermatologie am Denver and Gross College of Medicine, Arzt für Hautkrankheiten am St. Anthony's and Denver County Hospital, sowie am Jewish National Hospital for Consumptives und Herausgeber der „Colorado Medicine", ist gestorben.

Dr. Giuseppe Friz, Direktor des Pellagrosariums der Provinz Mailand zu Inzago, ist gestorben.

Der Urologe Prof. Robert Kutner, Begründer und Direktor des Kaiserin-Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, ist gestorben.

Prof. Antonin Poncet, der durch seine zahlreichen und wichtigen Publikationen über Aktinomykose bekannte Chirurg der Universität Lyon, ist gestorben.

Dr. Theodor S. E. Schaepkens van Riempst, Lektor für Chirurgie des Urogenitalapparates an der New York Polyclinic Medical School, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. November 1913 | Nr. 44 | Band 57

Aus den Dermatological Research Laboratories of the Philadelphia Polyclinic and College for Graduates in Medicine.

Forschungsergebnisse über Psoriasis[1]).

(Vorläufiger Bericht)

Von

Dr. Jay Frank Schamberg, Leiter der Untersuchungen,
Dr. John A. Kolmer, Pathologe.,
Dr. med. A. J. Ringer, Physiologischer Chemiker, und
Dr. phil. G. W. Raizies, Physiologischer Chemiker.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi-Bad Salzschlirf.)

Seit 2000 Jahren ist den Ärzten des klinische Bild der Psoriasis eine vertraute Erscheinung gewesen. Man weiß viel über die Symptomatologie, den Verlauf, die Diagnose und die Histopathologie des Leidens und nicht wenig über die lokale Behandlung desselben; betreffs der Ätiologie und des Wesens der Affektion sind wir unwissend. Vor einigen Jahren kennzeichnete Auspitz die Situation, indem er sagte: „Was Psoriasis ist, weiß bis heute noch kein Mensch."

Durch die Freigebigkeit eines Menschenfreundes sind wir in den Stand gesetzt worden, an der Philadelphiaer Polyklinik eine Forschungsarbeit über das Wesen und die Therapie der Psoriasis zu unternehmen. Laboratorien für physiologische Chemie und ein bakteriologisches Laboratorium sind errichtet und mit einer Ausrüstung modernster Art ausgestattet worden. In der einen Abteilung widmet ein physiologischer Chemiker, durch einen Assistenten unterstützt, seine Zeit ausschließlich den Forschungsarbeiten. Ein Bakteriologe und Pathologe verwendet die Hälfte eines jeden Tages auf das Studium der Pathologie der Psoriasis.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß bei einer Untersuchung über das Wesen eines Leidens man ohne vorgefaßte Urteile und mit einem für die Aufnahme von allen Eindrücken, welche sich aus den Resultaten der Experimentalprüfung ergeben können, unbeeinflußten Geiste verfahren muß. Bei den von uns ausgeführten Untersuchungen haben wir

[1]) Diese Abhandlung wurde in extenso im Journal of Cutaneous Diseases, New York, Oktober 1913, veröffentlicht.

Digitized by Google

gar keinen Versuch gemacht, für irgend eine Theorie über die Entstehung der Psoriasis Beweise beizubringen. Es sind zwei verschiedene Richtlinien für die Untersuchung aufgestellt worden: die eine war die bakteriologisch-pathologische, die andere die physiologisch-chemische. In jeder Abteilung wurden die Arbeiten von der vorwaltenden Absicht beherrscht, die Resultate wahllos zu verzeichnen, mochten dieselben von positiver oder von negativer Art sein. Wir hoffen, daß es auf diese Weise gelingen wird, einiges Licht zu werfen auf ein Leiden, in bezug auf dessen Wesen die allergrößten Meinungsverschiedenheiten obwalten, und welche wir andererseits, was definitives Wissen betrifft, um nichts besser kennen als seinerzeit Hippokrates.

Komplementbindungsreaktionen bei Psoriasis.

Für die Prüfung der Komplementbindung haben wir als Antigene verwendet: a) Salzlösungen und alkoholische Extrakte von Psoriasisschuppen und b) ein polyvalentes, aus verschiedenen von Psoriasisläsionen kultivierten Bakterien hergestelltes Antigen. Diese Arbeit hatte den Zweck, zu entscheiden, ob wohl in den Schuppen ein spezifisches Antigen enthalten sei oder nicht, wobei die Frage vom etwaigen Parasitismus der Psoriasis beleuchtet werden sollte.

Es wurde viel Fleiß auf diese Untersuchung verwendet; der Kürze wegen mag sogleich bemerkt werden, daß die Resultate der Reaktionen, welche mit dem Blutserum von Psoriasiskranken ausgeführt wurden, zum großen Teil negativer Art waren und entnehmen lassen, daß entweder kein Antigen in den Schuppen oder den kultivierten Mikroorganismen vorhanden war, oder daß im Blute der Psoriasiskranken sich kein spezifischer Ambozeptor vorfindet; von diesen beiden Auslegungen scheint die erstere die größere Wahrscheinlichkeit zu besitzen.

Wassermannsche Reaktion.

Außer bei der Syphilis kann die Wassermannsche Reaktion noch bei anderen Krankheiten, wie Framboesia und Lepra, vorkommen, was wahrscheinlich durch den Umstand zu erklären ist, daß auch andere Parasiten außer dem Treponema pallidum im Menschen Flüssigkeiten entstehen lassen, welche eine ausgesprochene Affinität für Lipoide besitzen und imstande sind, mit geeigneten Antigenen Komplement zu binden. Dies war hauptsächlich der Grund für uns, das Serum von 47 mit Psoriasis behafteten Individuen zu untersuchen.

Bei der Ausführung dieser Proben kamen die folgenden Antigene zur Anwendung: alkoholische Extrakte von Meerschweinchenherz; alkoho-

Digitized by Google

lische Extrakte von syphilitischer Leber; Azetonextrakte von syphilitischer Leber (Kolle und Stiner); Azetonextrakt von unlöslichen Lipoiden (Noguchi) und alkoholische Cholesterinextrakte (Sachs). Es wurde das Hammelblutsystem nach der Wassermannschen Originalvorschrift verwendet, wobei das Komplement und der Ambozeptor vor der Anstellung der Probe titriert wurden und nur eine hämolytische Dosis des Ambozeptors zur Anwendung kam.

Bei sämtlichen Patienten wurde die Anamnese sorgfältig erhoben; sie fiel in bezug auf Lues in allen Fällen negativ aus. Die mit den verschiedenen Antigenen ausgeführten Reaktionen lieferten folgende Ergebnisse:

Alkoholischer Extrakt von Meerschweinchenherz	15,1%	positive Reaktionen
Alkoholischer Extrakt von syphilitischer Leber	19,1%	„ „
Azetonextrakt von syphilitischer Leber . . .	19,1%	„ „
Cholesterin-Alkoholextrakt von Herzen (Rind und Menschen).	38,0%	„ „
Azetonextrakt von unlöslichen Lipoiden. . .	13,6%	„ „

Bei so gut wie allen Fällen war der Grad der Komplementbindung nur gering: + oder ++. Nur bei einem einzigen Falle war die Reaktion stark positiv oder +++. Die schwächere Reaktion kann jedoch unserer Meinung nach nicht ohne weiteres verworfen werden, da sie sich ähnlich verhielt wie die öfters bei latenter Lues oder bei der in Behandlung befindlichen Syphilis anzutreffenden Reaktionen.

Die Bakteriologie der Psoriasis. (Verkürzter Auszug.)

Technik der Untersuchung. Schuppen und Serum von gut charakteristischen Psoriasisläsionen wurden im Kondenswasser in Reagenzgläsern mit schrägliegendem Nährmedium eingeimpft. Meistens wurde Glukose-Agar-Agar genommen, weil die Mehrzahl der kutanen Organismen beim Vorhandensein von Glukose besonders gut gedeihen. Man muß mindestens drei Tage lang auf das Wachsen warten, denn anfangs wachsen diese Mikroorganismen nur äußerst langsam. Nachdem eine gute Primärkultur gewonnen worden ist, kann man die verschiedenen Arten in Reinkultur durch das Plattenverfahren trennen. Nach der Isolierung wurden die Reinkulturen unter Verwendung einer großen Anzahl der gewöhnlichen Nährmittel und auch auf speziell für diesen Zweck ausgesonnenen Kulturboden beobachtet. Von den 24 zur Beobachtung stehenden Psoriasisfällen wurden 57 Kulturen isoliert und untersucht, wobei die folgenden Bakterienarten konstatiert wurden:

Digitized by Google

Staphylococcus pyogenes albus	22	Kulturen
(Unter diesen handelt es sich fünfmal um St. epidermidis albus.)		
Mikrococcus cereus flavus	1	Kultur
„ tetragenes	1	„
„ cinnabareus	1	„
Diplococcus albicans tardus	6	Kulturen
„ (unbekannter Art, Diplococcus X)	5	„
„ albus liquefaciens	5	„
„ citreus	1	Kultur
„ flavus	5	Kulturen
„ roseus	3	„
Bacillus caudatus	1	Kultur
„ citreus	1	„
„ nubilum	1	„
„ rubium	1	„
„ pseudo-diphtheriae	2	Kulturen
„ subtilis	3	„

Diplococcus X. Dieser Organismus, welcher ganz besonders unser Interesse erregt hat, wurde bei fünf Fällen von uns angetroffen. Diese Doppelkokken sind von unregelmäßiger Gestalt und zeigen manchmal bei jungen Kulturen eine ganz deutliche Spaltlinie; bei älteren Kulturen sind sie von ovaler Form, können einzeln auftreten oder paarweise oder auch zu dritt; sie sind grampositiv. Gelatine wird davon im Laufe von fünf bis sieben Tagen verflüssigt, und Milch wird prompt zum Gerinnen gebracht. Das Wachstum ist ein sehr langsames und schwächliches, am besten gedeiht der Organismus auf einem Nährboden von Agar-Agar und Gelatine mit einem Zusatz von Glukose. Auf Agarplatten sind die Kolonien bald rund, bald von ovaler Form; die Ränder sind scharf und gut abgesetzt. Auch auf Kartoffel und Bouillon wächst dieser Diplokokkus, wenn auch nur in sehr dürftiger Weise. Es ist uns bisher nicht gelungen, diesen Organismus zu klassifizieren. Bei einem der Patienten wurde derselbe in Reinkultur aus dem Blute gezüchtet.

Blutkulturen.

Von acht Psoriasisfällen wurden Blutkulturen angelegt. Es wurden unter aseptischen Kautelen 2—5 ccm Blut aus der Vena mediana basilica entnommen und auf Bouillon mit resp. ohne Zusatz von Glukose sowie auf Serumbouillon mit und ohne Glukosezusatz aufgeimgft. Am Ende von zehn Tagen waren alle Kulturen bis auf zwei steril geblieben.

Digitized by Google

Von diesen zeigt die eine einen Pseudo-Diphtherie-Bazillus, die andere den schon erwähnten Diplococcus X.

Vakzinen.

Aus Reinkulturen der von den Psoriasiseffloreszenzen gewonnenen Mikroorganismen wurden zwei verschiedene Vakzinen hergestellt. Die eine bestand aus Kulturen von sechs verschiedenen Diplokokkenkulturen; die andere Vakzine bestand aus 24 Kulturen von elf verschiedenen Mikroorganismen.

Mehrere Psoriasiskranke wurden mit diesen Vakzinen behandelt, aber die Resultate waren uncharakteristisch und nicht beweiskräftig.

Impfversuche.

Wir impften mehrere Affen von der Abart Macacus Rhesus mit den Schuppen und dem blutigen Serum von Psoriasisläsionen, doch hatten wir keinen Erfolg damit.

Mit einem Keyesschen Hautlocher wurde eine kleine Hautscheibe am Rücken bei zwei Affen herausgehoben und Scheiben von Psoriasisstellen in die so geschaffenen Öffnungen eingesetzt. Die verpflanzte Haut blieb erhalten, aber es entwickelte sich keine Psoriasis bei den auf diese Weise geimpften Tieren.

Anaerobe Kulturen.

Psoriasisschuppen, Exsudat, das sich unter den Schuppen angesammelt hatte, und Teilchen von exzidierten Läsionen wurden tief in das von Noguchi für die Kultur von Treponema pallidum angegebene Nährmittel (Aszites-Agar-Agar- und Pferdeserum-Bouillon + sterile Nierensubstanz) eingebracht. Das Nährmedium wurde dann mit einer Lage von Petroleum bedeckt und auf zwei Wochen bis mehrere Monate in den Brutschrank gestellt. Die wiederholte Untersuchung dieser Kulturen ergab das Vorhandensein von Staphylokokken, von Diplokokken und in zwei Fällen von einem langen schlanken Bazillus.

Kulturen in der feuchten Kammer.

Diese Untersuchungsmethode kam frühzeitig im Verlaufe unserer Forschungen zur Anwendung. Wir bedienten uns dabei der Plautschen feuchten Kammer. Wiederholt fand sich dabei ein nicht näher klassifizierter Diplokokkus, welcher der Hauptsache nach der von Unna und Tommassoli beschriebenen Gruppe angehörte. In den Kulturanlagen konnten wir aber diesen Organismus nicht in allen Fällen nachweisen, und außerdem wurde ein nicht recht zu definierender Organismus bei mehreren anderen Hautaffektionen demonstriert.

Digitized by Google

Untersuchungen mit dem Ultramikroskop.

Die wiederholte Betrachtung des Serums von psoriatischen Läsionen ließ das Vorhandensein von zarten, mit Eigenbewegung begabten, bazillären Körperchen erkennen. Dieselben hatten einen Durchmesser von etwa $^1/_4$ μ und eine Länge von 8—16 μ. Von 19 von diesem Gesichtspunkte aus untersuchten Psoriasisfällen ließen mit zwei Ausnahmen sämtliche derartige Körperchen erkennen. Manchmal sind die beweglichen Stäbchen leicht zu entdecken, während in anderen Fällen ein längeres Suchen erforderlich ist, um auch nur ganz einzelne zu finden. Neben dieser Form sah man manchmal auch kürzere, dickere und weniger bewegliche Gebilde. Gelegentlich boten die bazillären Körperchen ein perlschnurartiges Aussehen dar.

Die Möglichkeit, daß es sich bei diesen Körperchen um Fibrinfädchen handeln könnte, ist nach unseren Untersuchungen vollständig ausgeschlossen. Es wurden 18 andere Fälle von Hautkrankheiten auf das Vorhandensein der Körperchen geprüft. Von diesen 18 Fällen erwiesen sich nur drei als positiv; es handelte sich dabei um je einen Fall von seborrhoischer Dermatitis, von schuppendem Ekzem und von tertiärer Syphilis. Obwohl wir zurzeit diesen Körperchen keinerlei Anspruch auf spezifische Pathogenität vindizieren möchten, glauben wir doch, daß wir auf Grund ihres konstanten Vorkommens bei der Psoriasis und ihrer Seltenheit bei den anderen zur Beobachtung herangezogenen Dermatosen berechtigt sind, unsere diesbezüglichen Feststellungen als Tatsache zu verzeichnen.

Schlußfolgerungen aus den pathologischen Untersuchungen.

1. Nach den von uns ausgeführten spezifischen Komplementbindungsreaktionen dürfte anzunehmen sein, daß entweder ein spezifisches Antigen in den für gewöhnlich aus den Psoriasisläsionen zu züchtenden Organismen nicht vorhanden ist, oder daß das Serum des Patienten keinen Antikörper enthält, oder daß auch beides zutrifft.

2. Die Wassermannsche Reaktion war bei etwa 20% der Fälle schwach positiv.

3. Aus 57 Kulturen, welche von 24 Fällen von Psoriasis angelegt wurden, ließen sich 16 verschiedene Organismen isolieren. Es konnte für keinen der aufgefundenen Organismen eine ätiologische Beziehung zu der Dermatose nachgewiesen werden.

4. Ein noch nicht klassifizierter Diplokokkus, den wir als Diplococcus X bezeichnet haben, verdient weiter erforscht zu werden.

5. Die mit Vakzinen, welche von zwei Gruppen der angetroffenen Organismen hergestellt wurden, ausgeführte Impfbehandlung lieferte nur unzureichende und wenig beweiskräftige Resultate.

Digitized by Google

6. Kulturen aus dem Blute ergaben nur in einem einzelnen Falle den Diplococcus X und waren überhaupt größtenteils von negativer Art.

7. Impfversuche bei Affen, wobei auch das Einsetzen von Scheiben von psoriatischer Haut ausgeführt wurde, fielen negativ aus.

8. Die Untersuchungen mit dem Ultramikroskop ergaben das Vorhandensein eines eigenbeweglichen, bazillären Körperchens bei 17 von 19 so untersuchten Psoriasisfällen. Von 18 anderen Dermatosen gaben nur drei einen positiven Befund. Diese Körperchen sollen weiter erforscht werden.

9. Die vorstehende Arbeit hat zum großen Teile nur negative Resultate ergeben, aber unsere pathologischen Untersuchungen werden weiter fortgesetzt werden.

(Teil II dieser Mitteilung wird dem Studium des Stoffwechsels bei der Psoriasis gewidmet sein.)

Lupoidähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen [1]).

Von

Privatdozent Dr. M. Oppenheim, Wien.

Die Ursache des Boeckschen Lupoids ist bisher noch nicht endgültig festgelegt worden, obwohl erst in jüngster Zeit die tuberkulöse Ätiologie wahrscheinlich gemacht wurde durch die Arbeiten Kyrles, der in einem Falle durch das Tierexperiment nach zehn Monaten echte Tuberkulose bei einem echten Lupoid Boeck nachweisen konnte und durch Volk, dem es gelang, bei einem Falle von Darier-Roussyschen subkutanen Sarkoid ebenfalls durch das Tierexperiment und die Tuberkulinreaktion die tuberkulöse Ätiologie festzustellen. Kyrle schlägt daher für die Boeckschen Lupoide den Namen subkutane Hauttuberkulose vor, nachdem schon früher die Bezeichnung Sarkoid, als Verwirrung zu schaffen geeignet, fallen gelassen worden war. Trotzdem können wir, sowie es auch Jadassohn tut, nicht für alle Fälle von Lupoid den Tuberkelbazillus als Ursache ansehen und zwar mit Rücksicht auf Fälle, die ich in jüngster Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte und bei denen sich die Lupoide im Anschlusse an subkutane Injektionen nach einer Inkubationszeit entwickelten. Die Fälle sind folgende:

---

[1]) Nach einem am Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien 1913 gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

1. L. L., 42 Jahre alt, Privatpatientin, zarte, schwächliche Frau, seit Jahren Morphinistin, täglich ein bis zwei Morphininjektionen, die sich die Patientin selbst mit ausgekochter Rekordspritze und steriler, frisch bereiteter Morphinlösung nach Reinigung der Haut mit Benzin applizierte.

Status praesens: Auf der Bauchhaut, auf der Haut der Ober- und Unterarme, des Ober- und Unterschenkels, an den seitlichen Partien der Nates erheben sich flacherhabene, erbsen- bis kindskopfgroße, braunrote, meistens rund oder oval konturierte Tumoren von scharfer Begrenzung und ziemlich derber Konsistenz. Die größeren Tumoren reichen bis in die Tiefe und sind zum Teil mit der Faszie verwachsen. Die kleineren sind im Unterhautzellgewebe verschieblich. Über den größeren Tumoren ist die Haut glänzend gespannt, chagrinlederartig und unverschieblich. Auf Fingerdruck bleibt eine gelbe Verfärbung zurück. An der Peripherie einzelner Tumoren, besonders der größeren, zeigen sich isolierte, hanfkorn- bis erbsengroße, teils braune, teils bläuliche Knoten, an einzelnen Stellen fühlt man in der Tiefe netzförmige Stränge, die die einzelnen Tumoren miteinander verbinden und sich in das Unterhautzellgewebe fortsetzen. Die Entwicklung der Tumoren begann vor einem Jahre schmerzlos, und zwar von der Tiefe aus ganz langsam und allmählich bis an die Oberfläche. Patientin gibt an, daß die Knoten sich nur an Stellen von Morphiuminjektionen entwickelt haben, und es sind auch in der Tat die von den Kleidern nicht bedeckten Stellen des Körpers, sowie jene Stellen der Haut, die die Patientin bei ihren Einspritzungen nicht erreichen konnte, frei von Tumoren (das Gesicht, die Brust, Hände und Füße, Vorderarme, Schulter, Rücken, Achselhöhle, Seitenwände des Thorax). Am dichtesten sind die Knoten am Unterschenkel, die größeren befinden sich an der Außenseite des rechten Oberschenkels und greifen von hier auf die Nates über.

Die histologische Untersuchung, die eine Randpartie eines größeren Knotens und einen isolierten Knoten betraf, ergab reichliche Nester und Stränge von Zellen, zuweilen dem Verlaufe der Gefäße folgend, die sich als Epitheloidzellen mit dazwischengelagerten vereinzelten Riesenzellen charakterisierten. Rundzellen, sowie die Entwicklung eines Granulationsgewebes mit Ausgang in Bindegewebe war nirgends nachweisbar, auch nirgends Verkäsung. Die Epitheloidzellen erscheinen als große, protoplasmareiche, meistens polygonale, aber auch runde oder ovale Zellen, die Riesenzellen erreichen keine besondere Größe, zeigen Randstellung der Kerne, deren Zahl gewöhnlich eine geringe ist. Die Tuberkelbazillenfärbung ergab ein negatives Resultat, ebenso verliefen die Tierexperimente, die im Institut Paltauf angestellt wurden, negativ. Da das histologische Bild auch entfernt an Fremdkörpertumoren erinnerte, so wurde auch das Morphium, das die Patientin aus Italien bezog, einer chemisch-mikroskopischen Untersuchung unterzogen; dieselbe ergab ein negatives Resultat.

Die klinische Diagnose war in diesem Falle ungemein schwierig. Von Chirurgen wurde an multiple Abszesse gedacht. Patientin wurde auch wiederholt inzidiert, ohne daß sich Eiter entleerte, auch die Diagnosen Karzinom und leukämische Tumoren wurden bei der Patientin gestellt. Die exakte Diagnose war nur durch die histologische Untersuchung möglich.

Kurze Zeit, nachdem dieser Fall in meine Beobachtung gekommen war, konnte ich zwei Fälle beobachten, bei denen nach intramuskulären,

Digitized by Google

resp. subkutanen Quecksilberinjektionen analoge, wenn auch kleinere Tumoren sich entwickelten.

2. L. C., 46 Jahre alt, verheiratet, Hebamme, starke, kräftige, gutgenährte Frau. Die Anamnese ergab vor 28 Jahren eine Infektion mit Lues mit konsekutivem Exanthem und Papeln am Genitale. Vor sieben Jahren hatte Patientin ein Gumma am Oberschenkel, das lokal behandelt wurde, vor sechs Jahren Papeln der Mundschleimhaut. Wegen dieser Papeln bekam sie von mir damals vierzehn Injektionen von Hydrargyrum salicylicum in Paraffinum liquidum sterilisatum (1 : 10) in die Glutäamuskulatur. Seit dieser Zeit machte Patientin keine Kuren mehr, hatte auch keine Erscheinung von Syphilis. Nun kam sie zu mir, weil sich in der Natesgegend Knoten entwickelten, die die Patientin beim Sitzen belästigten.

Status praesens: Auf der Haut beider Nates sieht man bis nußgroße, flachhöckrige, braunrote und blaurote Knoten; die kleineren erbsen- bis bohnengroßen Knoten sind zu drei und vier vereinigt, die größeren isoliert. Die Haut über einzelnen Tumoren ist verschieblich, über anderen unverschieblich. Die Knoten haben eine derbe Konsistenz, der Druck auf dieselben ist leicht schmerzhaft, und sie reichen bis in die Subkutis, in der sie verschieblich sind. Die Knoten befinden sich an unseren gewöhnlichen Injektionsstellen der Quecksilberpräparate.

Die histologische Untersuchung eines Knotens ergab ganz analoge Verhältnisse wie im ersten Falle: Epidermis, Stratum papillare und subpapillare unverändert, in der Kutis sowie in der Subkutis, zum Teil das Fettgewebe ersetzend, befinden sich runde, ovale und strangförmige Herde von Epitheloid- und Riesenzellen, wobei die Epitheloidzellen die Hauptmasse der Zellinfiltration ausmachen. Keine Rundzelleninfiltration in der Umgebung, keine Bindegewebsneubildung. Epitheloid- und Riesenzellen haben in ihrer Form ganz analogen Charakter wie im ersten Falle, sie sind teils rund, teils oval, teils polygonal, die Riesenzellen ohne besondere Größe, mit Randstellung einiger weniger Kerne. Die Tuberkelbazillenfärbung ergab ein negatives Resultat.

Bald nach diesem Falle kam ein dritter Fall in meine Beobachtung.

3. M. S., Bäcker, 37 Jahre alt. Anamnese: Im Jahre 1906 erkrankte Patient an Syphilis und bekam damals 20 Salizyl-Quecksilberinjektionen in die Nates, 1907 drei graue Ölinjektionen in den Rücken, nachher machte er nie mehr Injektionskuren, sondern nur mehr Einreibungskuren mit.

Status praesens: Am Rücken, zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule beiderseits finden sich teils vereinzelte, teils konfluierte braunrote und blaurote, bis haselnußgroße, derbe Knoten, die nur wenig über das Niveau der Haut vorspringen und über denen die Oberhaut unverschieblich ist. In der Umgebung ist die Haut livide verfärbt, die Verfärbung blaßt auf Druck nicht vollständig ab. In der Natesgegend finden sich etwas größere, teils subkutan, teils mehr kutan gelagerte Knoten von braunroter Farbe, derber Konsistenz, die auf Druck schmerzhaft und in der Subkutis verschieblich sind. Die Haut über den subkutanen Knoten ist ebenfalls beweglich, der Druck auf die Knoten schmerzhaft. Eine Exzision wurde in diesem Falle nicht gestattet.

Die beiden letzten Fälle, die am Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien 1913 demonstriert wurden, also zeigen nach einem größeren Zeitraume, im ersten Falle fünf Jahre, im zweiten Falle sechs Jahre, nach Quecksilberinjektionen die Entwicklung von

Digitized by Google

Knoten an den Stellen der Injektionen, die in der Subkutis beginnen, nur fühlbar, nicht sichtbar sind, aber allmählich bis an die Oberfläche der Haut wachsen, dieselbe braunrot und blaurot färben und fixieren.

Die histologische Untersuchung in dem einen Falle, der Hydrargyruminjektionen erhalten hatte, berechtigt zu der Annahme, daß auch im zweiten Falle dieselben Verhältnisse vorlagen, da klinisch fast völlige Identität vorhanden war.

Daß das Quecksilberpräparat als solches die Tumoren nicht erzeugte, ist dadurch bewiesen, daß einmal Salizylquecksilber, das andere Mal graues Öl als Einspritzung verwendet wurde, und daß eine sehr lange Zeit nach den Injektionen bis zur Entwicklung der Tumoren verging. Daß es nicht das Quecksilber an sich ist, welches solche Tumoren erzeugt, beweist der erste Fall, bei dem nach Morphiuminjektionen viel größere Tumoren zustande kamen. Auch das Fehlen analoger Beobachtungen in der Literatur spricht gegen das Medikament als ursächliches Moment.

Kurz zusammengefaßt ist allen drei Fällen gemeinsam: Die Injektion eines Medikamentes in die Subkutis, ein Verstreichen einer bestimmten Zeit nach der Injektion, dann die schmerzlose Entwicklung von Tumoren in der Tiefe, das allmähliche Wachsen an die Oberfläche und das Verwachsen mit der Haut. Ein Zerfall war bei allen drei Fällen nicht zu beobachten, im Gegenteil, mir schien es, als wenn eine allmähliche Spontanresorption möglich wäre. Auch der Mangel an stärkeren Entzündungserscheinungen, sowohl klinisch als histologisch ist ein Charakteristikum.

Differentialdiagnostisch kamen histologisch nur echte Tuberkulose und Riesenzellentumoren in Betracht. Echte Tuberkulose konnte ausgeschlossen werden im den Mangel an Rundzellen, auf die eigentümliche Art der Epitheloidzellen, auf das Fehlen von Granulationsgewebe und Bindegewebsneubildung, auf den Mangel an Verkäsung und der Tuberkelbazillen. Riesenzellentumoren konnten klinisch ausgeschlossen werden, mit Rücksicht auf die großen Zeitintervalle zwischen Injektion und Entwicklung der Tumoren, auf das progrediente Wachstum von der Tiefe nach der Oberfläche hin und auf die Entwicklung kleinerer, selbständiger Knoten ohne Injektion an der Peripherie größerer Knoten, wie ich im ersten Falle feststellen konnte.

Die histologische Differentialdiagnose gegenüber Riesenzellentumoren war für mich um so leichter, als ich unmittelbar zuvor in der Lage war, einen Fall zu beobachten, wo sich nach subkutanen Einspritzungen eines Eisenarsenpräparates an den Oberarmen Riesenzellentumoren entwickelten. (Siehe die betreffende Arbeit „Riesenzellentumoren nach subkutanen Einspritzungen eines Arseneisenpräparates". Arch.

Digitized by Google

f. Derm. u. Syph., Bd. 106, Heft 2.) Trat hierbei schon klinisch der mehr strang- und bandförmige, schrumpfende Charakter der Affektion in den Vordergrund, so ergab das histologische Bild ein weitaus reichlicheres Vorhandensein von Riesenzellen, die sich durch ihre Größe und durch die große Zahl ihrer Kerne auszeichneten, sowie das Vorhandensein von reichlichen Rundzelleninfiltrationen mit Tendenz zu bindegewebiger Neubildung, was dem histologischen Bilde der anderen Fälle fehlte.

Wir sind daher auf Grund des klinischen und histologischen Verhaltens berechtigt, diese Fälle den subkutanen Sarkoiden oder Lupoiden zuzuzählen. Da jedoch die Untersuchung auf Tuberkelbazillen in allen Fällen bisher negativ war, so müssen wir wohl für diese Fälle eine ätiologische Sonderstellung fordern. Die Beobachtungen derartiger Fälle werden sich nun, da die Aufmerksamkeit darauf gelenkt ist, sicher mehren, und es wird vielleicht möglich sein, die Ursache dieser Knotenbildung, die weder rein chemischer, noch mechanischer Natur sein kann, unter den Bakterien zu finden.

Hrn. Hofrat Prof. Paltauf, der die Güte hatte, die Präparate durchzusehen, sage ich meinen innigsten Dank.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1913.

Die Ausrottung von Tinea tonsurans und Favus, von George M. McKee. In einem kurzen redaktionellen Leitartikel führt McKee aus, wie sowohl in London wie in Paris dank der Sabouraudschen Röntgenbehandlung beide Krankheiten, die früher so zahlreiche Fälle geliefert hatten, im Aussterben begriffen seien. Infolge der Anwendung starker X-Strahlen ist es nun möglich, in einer Sitzung den ganzen behaarten Kopf zu depilieren und diese Affektionen auf immer zu heilen. Sowohl in Paris wie in London wurden die Patienten weiterhin sorgfältig beobachtet und die Resultate durch mikroskopische Untersuchung kontrolliert: der Prozentsatz der Rezidive ist ein außerordentlich geringer, permanenter Haarverlust sehr selten vorkommend. In Anbetracht dessen, daß jedes mit Tinea tonsurans behaftete Kind für andere drohende Gefahr bildet, muß es sobald als möglich isoliert und von der Schule ausgeschlossen werden. Da aber die Behandlung mit X-Strahlen eine kostspielige ist, so empfiehlt Mc Kee dringend, daß auch die Stadt New York durch Einrichtung einer Spezialklinik für die genannten Kranken Sorge trage.

Weitere Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida bei allgemeiner Paralyse und Tabes dorsalis, von H. Noguchi-New York. N. hat von 200 Paralytikern das Gehirn und in 12 Fällen von Tabes das Rückenmark untersucht und in 48 Fällen der ersteren, aber nur in einem bei Tabes die Spirochaeta pallida nachweisen können. Die angewandte Technik war teils jene von Levaditi, teils eine besondere von N. erdachte Modifikation derselben; nach Härtung der den Gyri frontales, recti oder aus anderen Stellen entnommenen Stücke in 10%igem Formalin werden Schnitte von 5—7 mm Dicke in

Digitized by Google

eine Mischung von 10% Formalin, 10% Pyridin, 25% Azeton, 25% Alkohol und 30% Aqu. dest. auf 5 Tage bei Zimmertemperatur gebracht, dann 24 Stunden lang in destilliertem Wasser durchgewaschen, 3 Tage lang in 96%igen Alkohol gelegt, wieder 24 Stunden lang in destilliertes Wasser und nun Bad in 1,5%igem Arg.-nitr.-Lösung (3 Tage bei 37° C). Auswaschen in destilliertem Wasser, Reduktion in 4%iger Pyrogallol-Lösung mit Zusatz von 5%igem Formalin (auf 24 Stunden), Auswaschen in destilliertem Wasser, Übertragung in 80%igen, dann 95%igen Alkohol (24 resp. 36 Stunden), absoluten Alkohol (2 Tage) und schließlich Xylol, Xylolparaffin und Paraffin. Spirochaetae pallidae wurden häufiger und in größeren Mengen in den Rindenschichten als in der Nervenfaserzone gefunden. Die von den Pallidae befallenen Nervenzellen zeigen degenerative Veränderungen. Die Pallida wird sehr selten in der Nachbarschaft der Blutgefäße und fast niemals innerhalb derselben gesehen. N. erklärt seine Untersuchungen insofern für unvollständig, als in der Mehrzahl der Fälle nur eine Stelle der Hirnrinde studiert und davon nur einige Schnitte gemacht wurden er ist überzeugt, daß eine vollständige Untersuchung jeden Falles bei allen die Spirochaeta pallida ergeben würde. Durch die Auffindung derselben sind viele therapeutische Probleme, die bisher ungelöst waren, einer Lösung näher gebracht und ist zu hoffen, das mittels Salvarsan und Neosalvarsan auch diese postsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems erfolgreich bekämpft werden können.

Die Luetin-Probe, von Ferdinand Schmitter. Die folgenden Resultate wurden an 150 Fällen, großenteils Soldaten betreffend, von welchen viele keine Erscheinungen von Lues boten, aber zu ihrer Beruhigung die Probe verlangten, vorgenommen. In jedem Falle wurde auch der klinische Befund und die Wassermannsche Reaktion erhoben. In 13 Fällen von Luesverdacht war letztere negativ, die positive Luetinprobe veranlaßte weitere Untersuchungen, und bei Wiederholung der Wassermannschen Reaktion ward auch diese positiv. Im allgemeinen wurden bei der Zusammenstellung alle Fälle, welche kürzer als ein Jahr dauerten, als frische, die über ein Jahr zurückreichenden als alte bezeichnet, und es ergab sich, daß 55% der ersteren und 90% der alten Fälle positive Luetinreaktion zeigten. Zwischen jenen Fällen, welche Salvarsan, und jenen, welche kein Salvarsan erhalten hatten, konnte kein ausgesprochener Unterschied beobachtet werden. Es sei noch bemerkt, daß von 67 ausgesprochen luetischen Fällen 35 = 52% einen positiven Befund in allen drei Beziehungen (klinischen, Wassermann und Luetin) ergaben, während bei den übrigen 48% die eine oder andere dieser Proben negativ waren. Die Luetinprobe ist also wie die Wassermannsche Reaktion als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, wenn richtig gedeutet, speziell in Verbindung mit den klinischen Befunden anzusehen.

Resultate der Salvarsan-Behandlung bei frühzeitiger maligner Syphilis, Syphilid der Palmae und Gumma der Zunge, von Hermann F. L. Ziegel-New York. In dem ersten Falle, einen 37jährigen Mann betreffend, handelte es sich um sehr schwere ausgedehnte Tertiärerscheinungen an Haut, Schleimhäuten, Knochen und Gelenken, welche 15 Monate nach dem Primäraffekt aufgetreten waren; nach zweimaliger Salvarsan- (0,6) Injektion gingen diese schweren Erscheinungen und die Kachexie zwar rasch zurück, aber positive Wassermannsche und Luetinreaktion bewiesen, daß die Krankheit nicht völlig beseitigt war. Der zweite Fall wurde wiederholt mit Quecksilberkuren (intramuskulären Injektionen) behandelt und kam nicht zur Heilung, die erst auf zwei Salvarsan-Injektionen erfolgte. Bei schuppendem Syphilid der Handteller dünkt Z. daher mit Fordice Salvarsan das Mittel der Wahl, das vor Quecksilber die raschere Wirkung und den anhaltenden Erfolg voraushabe. Auch in dem Falle von Gumma der Zunge war intensive Quecksilberbehandlung mit den verschiedensten Methoden vergeblich gewesen und auf eine Salvarsan- (0,6) Injektion Heilung eingetreten; nach nochmaliger

Digitized by Google

Quecksilberkur waren sowohl Wassermann- wie Luetin-Reaktion negativ geworden und geblieben.

Ein Psoriasis-Familienstamm, von Martin L. Engman-St. Louis. Ein auf sechs Generationen zurückreichender Nachweis von Psoriasis in der gleichen Familie.

Stern-München.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

August 1913, Bd. 2.

1. Über den Einfluß des Salvarsans auf die kapillaren Gefäße, von Lebedew. Die Versuche von Marschalkó und Weszpremi sind von Lebedew, auf Veranlassung von Prof. Pawlow, an Kaninchen wiederholt worden. Diese Versuche ergaben, daß das Salvarsan eine unzweifelhafte Wirkung auf die Kapillargefäße aller untersuchten Organe hat (Leber, Nieren, Milz, Lungen, Magen, Darm, Gehirn und Rückenmark). Sie ist bei toxischer Dosis (0,15 pro Kilo) sehr intensiv, aber auch bei therapeutischer Dosis deutlich zu erkennen (geringe Hyperämie, stellenweise Erweiterung des Lumens der Kapillaren, zuweilen Thromben, Blutungen in den Nieren, Veränderungen des Endothels). Nach dreimaliger Einführung der therapeutischen Dosis mit Intervallen von einer Woche zwischen den Infusionen des Salvarsans in die Ohrvene des Kaninchens entwickelt sich in einigen Organen (Nieren, Lungen) ein ähnliches mikroskopisches Bild wie nach Anwendung der toxischen Dosis. Die gefundenen Untersuchungsbefunde stimmen mit denjenigen einiger anderer Forscher, wie z. B. mit denjenigen Tschunakows überein. Die Wirkung des Salvarsans auf die Kapillaren läßt sich am besten mit einer unmittelbaren Wirkung des Arsens auf die Gefäßwände erklären, wie das Schmiedenberg, Magnus, Heinz, Krawkow für das Arsen gefunden haben, so daß dem Salvarsan eine starke organotrope Wirkung zukommt. Infolgedessen ist die Anwendung des Salvarsans in großer Dosis kaum berechtigt.

2. Über die Sporotrichosis, von Kupernick. Eine literarische Betrachtung.

3. Zur Frage der Behandlung des Pemphigus foliaceus Cazenave mit Salvarsan und über eine seltene Dissemination des Pemphigus, von Bessonow. In einem deutlich ausgesprochenen Fall von Pemphigus foliaceus wandte B. das Salvarsan per Klysma an zu 0,6 in 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung und fand, daß. wenn auch der Tod nicht verhütet, so doch hinausgeschoben wurde, und daß dem Kranken durch das Salvarsan Erleichterungen gebracht wurden. Zum Schluß der Krankheit traten Komplikationen in Gestalt von Dissemination der Bläschen auf der Schleimhaut der Augen, der Mundhöhle, der Kornea und, wie die Autopsie ergab, auch auf der Pleura auf.

Arthur Jordan-Moskau.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Juni 1913, Bd. 25.

1. Trichophytie der Erwachsenen, von Bogrow und Tschernogubow. (Cf. diese Wochenschr., Bd. 57, Nr. 35.)

2. 46 Fälle von einmaliger intravenöser Anwendung von Neosalvarsan bei Syphilis, von Glawtsche, Perkel und Schwarzmann. Unter den 46 Fällen, die mit einer einmaligen Infusion von 0,9 Neosalvarsan behandelt wurden, handelte es sich 40 mal um Fälle der sekundären und sechsmal um solche der tertiären Periode. In dieser wie jener beobachteten die Verfasser einen zweifellosen und sehr günstigen Einfluß des Neosalsvarsans auf den syphilitischen Prozeß, welcher sich indes nicht von dem

Digitized by Google

durch Hg, Jod resp. Salvarsan erzielten unterscheidet. Einen Nachteil bei der Neosalvarsanbehandlung bilden die häufigen unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Temperatursteigerung, Erbrechen, Schüttelfrost und Kopfschmerz.

3. Zur Frage der Bestandteile des Samens; Orchitis desquamativa blennorrhoica, von Selenew. S. konstatierte in zwei Fällen von chronischer Blennorrhoe, die beide Male durch linksseitige Epididymitis kompliziert gewesen war, noch nach vielen Jahren, in dem einen nach sechs, in dem andern nach 25 Jahren einen besonderen Einfluß des blennorrhoischen Virus auf die Hodenzellen und die Samenfäden. Abgesehen von dem positiven Befund von Gonokokken sah er bei längerer Färbung nach Giemsa eine große Anzahl von Hodenzellen, wie er sich ausdrücken möchte, im Stadium der Degeneration. Diese Zellen sind teils rund, teils oval und bergen in sich kristalloide Gebilde, die teils zentral, teils peripher gelagert sind. Zwischen diesen Zellen finden sich Haufen von Samenfäden. Die runden Zellelemente spricht S. als degenierte Spermatogonien an. Die kristalloiden Gebilde entsprechen nach S. weder den von Reinke noch den von Lubarsch beschriebenen Kristalloiden, sondern dürften das Resultat einer unregelmäßigen Spermiohistogenese infolge krankhaften Zustandes des Geschlechtsorgans sein, bedingt durch die Infektion mit Gonokokken, wodurch sich eine so reiche Absonderung von Hodenzellen entwickelte, daß man den Prozeß als Orchitis desquamativa blennorrhoica bezeichnen kann. Auch die Samenfäden selbst erwiesen sich infolge des blennorrhoischen Prozesses verändert. Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis, von Paul Mulzer. (Berlin 1913, Julius Springer.) In äußerst verdienstlicher Weise hat sich der Verfasser zur Aufgabe gemacht, in vorliegendem Buche aus der Blennorrhoebehandlung dasjenige herauszugreifen, was für den praktischen Arzt in Betracht kommt. Es ist durchaus nicht nötig, daß jeder Tripper vom Spezialarzt behandelt wird. Im Gegenteil steht hier dem praktischen Arzte ein weites Gebiet offen, in dem er sich betätigen kann, wenn er nur mit den allgemeinen Regeln der Blennorrhoetherapie vertraut ist. Das Buch von Mulzer will dem praktischen Arzte eine Anleitung zur Blennorrhoetherapie sein und ist zu gleicher Zeit als Ergänzung für die praktischen Kurse des Verfassers gedacht. Sämtliche Untersuchungsmethoden und therapeutischen Verfahren, soweit sie nicht, wie z. B. Urethroskopie usw., komplizierter Natur sind und ins Gebiet des Urologen fallen, werden in eingehender und klarer Weise geschildert. Das vorliegende Buch füllt gerade in der Literatur des praktischen Arztes eine fühlbare Lücke aus und mag deshalb sowohl dem Studierenden als dem praktischen Arzte warm empfohlen sein. A. Gunsett-Straßburg.

Über Kombination von Tuberkulose und Aktinomykose, von K. Beyerlein. (Dissert., Göttingen 1913.) Beyerlein beschreibt einen ungemein genau post mortem in Nauwercks Institut untersuchten Fall, in welchem sich eine Kombination von Tuberkulose und Aktinomykose fand. Beide Erkrankungen traten in einigen Organen — rechte Lunge, Dünndarm und Leber — zusammen in unmittelbarer Nachbarschaft auf. Für die Aktinomykose bildete der rechte tuberkulöse Oberlappen den Einnistungsort, per continuitatem verbreitete sie sich über die Lunge, führte zu Perikarditis, ergriff das Manubrium sterni, welches an seiner Hinterseite oberflächliche Karies zeigte mit Fistelgängen zu der Körperoberfläche usw. Pia mater, Muskeln, Extremitätenhaut usw. wurden auf dem Blutweg von

Digitized by Google

der Aktinomykose affiziert, welche sich sekundär auf dem tuberkulösen Boden entwickelte, dessen älteste Herde eben der rechte Oberlappen war. Darm-, Lebertuberkulose. Der histologische Aufbau der Tuberkulose- und Aktinomykose zeigte unterschiedliche charakteristische Merkmale. Das größere Interesse lenkt sich auf die bakteriellen Befunde, welche keine Stütze dafür bieten, daß die Faden- und Drusenbildung des Tuberkelbazillus, wie sie in Kulturen und bei Tierversuchen gesehen worden ist, als eine normale Wuchsart unter natürlichen Verhältnissen vorkommt. „Darum ist es unbillig, ihr einen Einfluß bei der Beurteilung der normalen Morphologie des Tuberkuloseerregers einzuräumen. Solche Wuchsformen können nur als interessante Spielarten eines Organismus aufgefaßt werden, die imstande sind, in einer weitgehenden Weise sich den Modifikationen seiner natürlichen Existenzbedingungen anzupassen, wie das ja auch sonst im Pflanzen- und Tierreich in ähnlicher Weise beobachtet wird. Mit Recht wird man aber darum beanspruchen, daß bei der Umgrenzung der normalen Grundform davon abstrahiert wird." Eine gegenseitige Beeinflussung von Tuberkelbazillus und Aktinomykosepilz hat nicht stattgefunden. Der Literaturüberblick ist sehr instruktiv. Delbanco.

Weitere Beiträge zur Physiologie der Schweißdrüsen und des Schweißes, von C. Kittsteiner. (Dissert., Würzburg 1913.) Unter Lehmanns Leitung 1909 begonnene Untersuchungen führen Kittsteiner — die Versuchsanordnungen und Überlegungen sind in der Arbeit einzusehen — zu folgenden Schlüssen. Im allgemeinen steigt mit der Temperatur proportional die Schweißsekretion an (bei sonst gleichen Bedingungen). — Bei Temperaturen von etwa 40° C, 50% r. F. scheidet der unbekleidete Körper etwa nur halb so viel Schweiß aus wie der bekleidete Körper. Selbst bei den gleichmäßigsten äußeren Bedingungen erhält man stark schwankende Schweißmengen. Bei täglich aufeinander folgenden Versuchen unter denselben Versuchsbedingungen nimmt die Sekretionsgeschwindigkeit konstant ab. Es tritt eine Gewöhnung der Drüsen an demselben Reiz ein. Der Kochsalzgehalt des Schweißes nimmt mit der Sekretionsgeschwindigkeit zu. Im Schweiß ist sehr wenig Schwefelsäure, im Mittel wurden gefunden 0,008%. Der Gesamtstickstoff beträgt im Mittel 0,05%. Mit der Sekretionsgeschwindigkeit nimmt der Stickstoffgehalt ab. Wenn der beim totalen Heißluftbad erhaltene Schweiß viel Kochsalz enthielt, so enthielt er weniger Stickstoff und umgekehrt. War viel Stickstoff da, dann war auch mehr Schwefelsäure zur Ausscheidung gekommen und umgekehrt. Sehr salzreiche Schweiße haben ein hohes, salzarme ein niederes spezifisches Gewicht. Dasselbe ist jedoch ziemlich großen Schwankungen unterworfen. Im Mittel fand K. bei gewöhnlichen Schwitzversuchen 1,0046. Eiweiß ist selten im Schweiß Gesunder, und dann nur in Spuren vorhanden. Auch physiologischerweise kann das nur aus Hautknäueldrüsen stammende Sekret sauer reagieren. Es muß also eine saure Reaktion des Schweißes nicht unbedingt von einer Beimengung von Hauttalg herrühren. Bei gleichem Reiz erreicht bei längerem Einwirken desselben die Sekretionsgeschwindigkeit ein Maximum, von dem aus sie wieder abnimmt. Dieses Maximum wird um so eher erreicht, je geringer der Reiz ist. Unter den genauesten Verhältnissen nimmt das spezifische Gewicht und der N-Gehalt sowie die Azidität langsam ab, der NaCl-Gehalt dagegen nimmt zu. Durch lokales Erwärmen eines einzelnen Körperteiles kann dem Körper Wärme zugeführt, durch Abkühlen Wärme entzogen werden. Werden so hinreichende Wärmemengen zugeführt, so kommt es zur Schweißsekretion, aber nicht nur an dem erwärmten Körperteil, sondern am ganzen Körper. Durch eine lokale Erwärmung wird die Ausscheidung von Salzen an der erwärmten Hautpartie ganz erheblich verstärkt; umgekehrt wird durch lokale Abkühlung die Salzausscheidung ganz erheblich vermindert. Diese von der Hauttemperatur abhängige Salzsekretion erfolgt nur auf zentrale Erregung. Durch Anlegung einer Stauungsbinde an eine Extremität wird beim

Digitized by Google

Schwitzen sowohl die Wasserabscheidung als auch die Salzabscheidung bedeutend herabgesetzt. Dies kommt nicht etwa durch die unterbundene Blutzufuhr, sondern durch allmähliche Lähmung der die Wasser- und die Salzsekretion versorgenden Nerven zustande. Die Schweißdrüsen am Arm der Menschen erzeugen einen sehr starken Sekretionsdruck, der 25 cm Hg übertrifft, also weit höher ist als der Blutdruck in den betreffenden Gefäßgebieten. Delbanco.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Der Lupus vulgaris und seine nicht ulzerösen Varietäten, von Gougerot. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 11.) Um einen Lupus gut zu behandeln, muß man die Ätiologie und Pathogenese desselben klarstellen, wobei man oft spezialistischer Hilfe bedarf, um den primären, tiefen Herd zu entdecken. Dieser primäre Herd muß zerstört werden, sonst kommen immer wieder Rezidive vor. Es ist auch von enormer Wichtigkeit, die kleinsten in der Narbe sitzenden Resttuberkel zu sehen und zu zerstören, da von ihnen die meisten Rezidive ausgehen. A. Gunsett-Straßburg.

Der Lupus, seine soziale Bedeutung und wirksame Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung seiner Entstehungswege, von Paul Wichmann-Hamburg. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, Heft 1.) Verf. hat sich zur Aufgabe gestellt die irrige Ansicht zu widerlegen, den Lupus einseitig als ein Leiden der äußeren Haut aufzufassen. In den meisten Fällen nimmt der Gesichtslupus seinen Ausgang von der Nasenschleimhaut. Albanus-Hamburg wies an 500 Lupuskranken nach, daß in 56,7% die Nasenschleimhaut den primären Herd beherbergte; in 31,8% war ein lupöser Herd in der Nasenschleimhaut als Nebenbefund zu beobachten, und nur in 11,5% der Fälle war die Nasenschleimhaut frei. Die Prädilektionsstelle in der Nase ist die untere Nasenmuschel und der vordere Teil der Nasenscheidewand (75%). Es ist also eine Hauptaufgabe der Lupustherapie, auf den primären Nasenherd zu fahnden und diesen zu behandeln.

Von der Nase aus wandert die tuberkulöse Infektion direkt fort auf die Haut oder sie kann sich auch zu ihrer Weiterverbreitung der Lymphwege bedienen. Die letzteren sind hinwiederum auch Vermittler des von den tuberkulösen Knochen, Gelenken und Sehnen ausgehenden Hautlupus. Der primäre Hautlupus ist nach der Erfahrung Wichmanns überaus selten.

Da der Lupus einen Volksschaden darstellt, der gesundheitlich und wirtschaftlich schwer ins Gewicht fällt, so ist er mit aller Energie zu bekämpfen. Prophylaktisch müssen skrofulöse Ekzeme am Naseneingang, Wucherungen im Naseninnern, Lymphdrüsen- und Knochentuberkulose als geeignete Ausgangsherde hinreichend gewürdigt werden. Als wichtigsten Angriffspunkt moderner Lupusbekämpfung betrachtet Verf. die systematische Erforschung und Vernichtung des initialen Lupus des Kindesalters. Was die direkten therapeutischen Maßnahmen anlangt, so hat die Tuberkulinbehandlung die gehegten Hoffnungen nur teilweise erfüllt. Im übrigen werden die Kaltkaustik, diese namentlich für Schleimhauthöhlen, Finsen- und Quarzlampenlicht, Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium herangezogen. Am relativ einfachsten ist der beginnende Lupus des Kindesalters zu beseitigen. Von 125 lupösen Kindern konnten 79 als geheilt entlassen werden, 72 von diesen weisen bei fortlaufender Nachprüfung sichere, an-

Digitized by Google

dauernde Heilung auf. Die Dauer der Behandlung betrug bei über zwei Drittel der Erkrankungen nur 8—14 Tage. Bei Erwachsenen ist diese eine ungleich längere. Verf. klagt, daß die Lupusbekämpfung noch nicht bis in alle Einzelheiten organisiert sei, sonst müßten die Resultate bessere sein. Der Verein für Lupusfürsorge in Hamburg hat sich folgende wichtige Aufgaben gestellt: 1. Aufklärung, 2. Unentgeltliche Vermittlung ärztlichen Rates und Übernahme des Heilverfahrens, 3. Überwachung der Heilerfolge, 4. Leistung materieller Unterstützung und Arbeitsvermittlung. Vom Staate, der auch der Erbauung eines besonderen Lupuskrankenhauses zugestimmt hat, wird der Verein mit 10000 M. unterstützt. — In mehreren Abbildungen werden die Übergänge vom Schleimhautlupus auf die äußere Haut, die Infektion dieser von lupösen Drüsen oder tuberkulösen Knochen wirksam veranschaulicht. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Lupusbekämpfung in Deutschland, von Nietner-Berlin. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, Heft 1.) Die „Lupuskommission", die auf Vorschlag des damaligen Preußischen Kultusministers, Exzellenz Althoff, zur systematischen Bekämpfung des Lupus in Deutschland sich gebildet hatte, stellte durch eine Umfrage bei den Ärzten fest, daß sich am 1. Nov. 1908 11354 Lupuskranke in Behandlung befanden. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß bei einem großen Teile der Initialfälle noch keine Diagnose gestellt und eine nicht unbeträchtliche Zahl Unheilbarer nicht mitgerechnet war, nahm man schätzungsweise an, daß es Ende 1908 wohl an die 33000 Lupuskranke in Deutschland gab.

Die Haupttätigkeit der Lupuskommission erstreckte sich auf die Ermittlung noch nicht behandelter Kranken und auf die Gewährung von Beihilfen. Für diese wurden folgende Grundsätze aufgestellt: 1. Ausstattung von Lupusheilanstalten, 2. Fürsorge für Lupuskranke. Da gerade beim Lupus so viel von der frühzeitigen Erkennung der Krankheit abhängt, wurde die Schrift von Hübner: „Die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung des Lupus für seine Heilung" in bisher 175000 Exemplaren verschickt. Hierdurch kam eine große Zahl Lupuskranker, namentlich durch Vermittlung der Lehrer und Geistlichen, zur Kenntnis der Kommission.

Zur Klärung der Frage über die beste Lupustherapie wurde im Mai 1910 eine Sachverständigensitzung zur Beratung der Behandlungsmethoden des Lupus einberufen. Das Ergebnis war, daß beim Lupus gelegentlich alle seither empfohlenen Methoden herangezogen werden müssen, sowohl die Langsche Exzisionsmethode als die Salben- und Lichtbehandlung. Auf die hohe Bedeutung des Schleimhautlupus, namentlich des Nasenvorhofes, muß immer wieder hingewiesen werden.

Die Tätigkeit der Lupuskommission ist bisher schon eine sehr segensreiche gewesen, so konnte sie bis Ende 1912 etwa 600 Lupuskranke, die vorher nicht behandelt wurden, einer sachgemäßen Behandlung zuführen, wofür sie etwa 53000 M. verausgabte. Für Einrichtung von Lupusheimen und -Heilanstalten hat sie weitere 30000 M. aufgewendet.
Heinrich Rausch-Darmstadt.

Bemerkungen zur Lupusbekämpfung, von A. Neisser-Breslau. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, Heft 1.) Aus allen statistischen Zusammenstellungen geht hervor, daß das Hauptpostulat einer wirksamen Lupusbekämpfung: die Zuführung der Initialfälle zur Behandlung, noch nicht erfüllt ist. Das Verhältnis der lupuskranken Kinder zu den überhaupt Behandelten ist ein zu geringes. Neisser fordert daher die Impf- und Schulärzte, Gemeindeschwestern, Geistliche und Lehrer auf, alle lupusverdächtigen und für die Entstehung einer örtlichen Tuberkulose disponierten Kinder einer spezialistisch ausgebildeten Untersuchungsstelle zuzuführen. In den verschiedenen Merkbüchern vermißt Verfasser den deutlichen Hinweis auf die Art der Entstehung des Lupus und die Wichtigkeit der Entdeckung dieser Frühformen. Er empfiehlt Wanderausstellung von

Digitized by Google

Bildern und Wachsmoulagen. Die Untersuchung in den spezialistisch geschulten Fürsorgestellen muß eine dreifache sein: 1. eine dermatologische, 2. eine rhino-laryngologische und 3. muß bei jeder vorhandenen Lokaltuberkulose die Diagnose durch lokale Tuberkulinreaktion gesichert werden. Gerade die letztere erscheint unentbehrlich für die Aufdeckung der ersten tuberkulösen Herde.

Die Therapie der initialen Lupusfülle kann nicht radikal genug sein, selbstverständlich unter Berücksichtigung des kosmetischen Effektes. Natürlich ist die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes von großer Wichtigkeit. Von irgendwo im Körper befindlichen tuberkulösen Herden können immer wieder Bazillen in die Haut gelangen, namentlich tuberkulöse Prozesse in Drüsen, Knochen und Gelenken sind zu beachten. Es dreht sich in der ganzen Lupusfrage nicht so sehr um körperliche Leiden, als um die Vernichtung der sozialen Existenz. Neisser schlägt deshalb vor, den Lupösen mehr als dies bisher geschehen, Arbeitsmöglichkeiten zu gewähren, so werden in seiner Klinik zuweilen bis elf Lupuskranke als Dienst- und Laboratoriumspersonal angestellt. Ein gleiches könnte seiner Ansicht nach auch in anderen Krankenhäusern, öffentlichen Anstalten, Registraturen und Kanzleien usw. geschehen.

Aus der am Schluß der Arbeit wiedergegeben Statistik über die schlesischen Verhältnisse hebt Verfasser als wenig erfreuliches Moment hervor, daß die Zahl der unter zehn Jahre alten Kinder so klein ist: 25 unter 239 Behandelten.

Heinrich Rauch-Darmstadt.

Organisation der Lupusfürsorge im Herzogtum Oldenburg, von Thedering-Oldenburg. (Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, Heft 1.) Namentlich der Süden Oldenburgs ist mit Tuberkulose stark verseucht und der Lupus ein weitverbreitetes Übel. Verfasser hat im Jahre 1909 in der Residenz Oldenburg eine Lupusheilanstalt gegründet, in der bereits 98 Fälle behandelt wurden. Bei 39 Lupuserkrankungen saß der initiale Herd in der Nasenschleimhaut, in 20 Fällen schloß sich der Lupus an den Durchbruch tuberkulöser Drüsen an (Lupus colli), bei den übrigen saß die Erkrankung an verschiedenen Stellen. Als geheilt können 49 Fälle betrachtet werden, noch in Behandlung befinden sich 36, von denen viele schon der Heilung nahe sind, nicht geheilt wurden 2 und nicht ausreichend behandelt 13 Fälle. Verfasser propagiert ebenfalls, in Übereinstimmung mit anderen Verfassern, die Bekämpfung des Lupus im Kindesalter und stellt ein Programm der Lupusfürsorge im Herzogtum Oldenburg auf.

Was die Behandlung im Lupus-Heilinstitut des Verfassers anlangt, so wird besonderes Gewicht auf das Prinzip der ambulanten Behandlung gelegt. Bei auswärtigen Kranken wird die Lupusfläche nach geeigneter Vorbehandlung in gehäuften Quarzlicht-, Finsen- usw. Sitzungen mit Lichtreaktionen bedeckt. Um den Ablauf der Lichtreaktion zu beschleunigen, empfiehlt Verfasser angelegentlich täglich 2—3 Stunden lang heiße Breiumschläge über eine Kompresse von 2% Liq. al. acet. machen zu lassen, in der Zwischenzeit Verband mit Ugt. praecip. alb. Die Abheilung der Lichtreaktion erfolgt in etwa der halben Zeit mit besonders zarter, glatter Narbe.

Verfasser bevorzugt die kombinierte Behandlung: Vorbehandlung mit Pyrogallol, alsdann Quarzlampe und gegen die verbleibenden Reste: Finsentherapie. Röntgenstrahlen verwendet Verfasser vorwiegend beim Skrofuloderm und dem geschwürigen Schleimhautlupus. Unter den medikamentösen Präparaten haben ihm die Jodsapene gute Dienste getan, namentlich bei der Behandlung des Schleimhautlupus (Pinselung mit 35—20% Jodsapen).

Verfasser läßt es sich in verdienstvoller Weise angelegen sein, durch Vorträge die Kollegen auf die große soziale Bedeutung der Lupusbekämpfung aufmerksam zu machen. Zehn der Arbeit beigefügte Abbildungen legen beredtes Zeugnis ab von den

Digitized by Google

zum Teil sehr schönen Resultaten, die in dem Lupus-Heilinstitut des Verfassers erzielt werden. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Behandlung des Lupus, von Scholtz-Königsberg i. P. (Ztschr. f. ärzt. Fortb. 1913, Nr. 7.) Verfasser gibt eine ausführliche und zusammenfassende Anleitung zur Behandlung des Lupus. Chrzelitzer-Posen.

Lupusbehandlung. Wert der älteren und einiger neueren Methoden, von Gaucher. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 13.) Jeder Lupuskranke soll auch allgemein behandelt werden, und zwar mit hohen Dosen Lebertran, Sirupus jodo-tannicus, Phosphaten und Arsenpräparaten. Kalomelinjektionen haben nur Erfolg bei Lupuskranken, die zugleich hereditärluetisch sind. Wasserkur, ebenso Aufenthalt an der See dürfen nur mit Vorsicht angeordnet werden, hingegen sind jod- und bromhaltige Soolbäder indiziert. Von solchen Bädern kommt für Frankreich besonders das in Savoyen gelegene Salins-Moutier in Betracht. Heruntergekommenen Lupösen verordnet man arsenhaltige Wasser (La Bourboule, Challes, Uriage). Von lokalen Behandlungsmethoden empfiehlt der Verfasser besonders die lineär-gitterförmigen Skarifikationen, welche mit einem kleinen lanzettförmigen Skarifikator vorgenommen werden sollen, natürlich nach vorhergehender Desinfektion der Haut. Nach der Skarifikation erfolgt ein trockner, aseptischer Verband, keine Pflasterbehandlung. Diese Methode ist besonders beim ulzerierten oder dem Schleimhautlupus, besonders der Konjunktiva, indiziert.

Eine ganz gute Methode der Lupusbehandlung ist auch die Ignikauterisation mit dem Thermo- oder Galvanokauter. Nur ist diese Behandlung langwieriger und macht unschöne Narben, welche nachträglich verbessert werden müssen. Weniger sind die chemischen Ätzmittel in Gebrauch. A. Gunsett-Straßburg.

c. Syphilis.

Der Ursprung der Syphilis, Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongreß zu London am 7. August 1913 von Karl Sudhoff-Leipzig. Nach erneuter, mehrere Jahre dauernder Durcharbeitung der gesamten Quellenmaterialien, die S. am Schlusse seiner Arbeit genauestens anführt, muß er wiederholt erklären, daß alle direkten sowie indirekten Beweisversuche für den „amerikanischen" Ursprung der Syphilis völlig versagen; vielmehr bringt er unwiderlegbare literarhistorische Belege, wonach lange vor der Entdeckung Amerikas die Lustseuche — als gros mal bei den Franzosen und mal franzoso bei den Italienern in der Dirnensprache — existiert hat. Die kolossale Ausbreitung derselben am Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts findet eine leichte Erklärung mit den Massen von Soldaten, die von Frankreich nach Italien, von hier nach Deutschland usw. gezogen sind. Zwar sind wir von einer Kenntnis des wirklichen „Ursprungs" der Syphilis noch ebenso weit entfernt wie bei allen anderen Infektionskrankheiten, aber immerhin dürfte der in den Hauptzügen dargestellte Gang der Beobachtungen und Ereignisse einen wichtigen medizinhistorischen Beitrag bilden. Stern-München.

Über den raschen Übergang des syphilitischen Virus nach den Lymphdrüsen, von M. Truffi-Savona. (Pathologica, 1913, Nr. 110.) Bei Kaninchen, denen syphilitisches Virus in das Skrotum geimpft wurde, konnte Verfasser längere Zeit vor dem Auftreten des Syphiloms eine Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen beobachten. In dieser konnte er aber keine Spirochäten nachweisen. K. Rühl-Turin.

Welche Vorstellung soll sich der Syphiliskranke beim jetzigen Stande der Wissenschaft von den Gefahren seiner Krankheit und von der Heilung, die er erhoffen kann, ferner von den Umständen, welche sie verschlimmern können,

Digitized by Google

und von einer gut geführten und mit einer richtigen Hygiene kombinierten Behandlung machen? von ALEX. RENAULT. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 19 und 20.) In dem der Hygiene gewidmeten Abschnitt seiner Arbeit hebt der Verfasser besonders den schädlichen Einfluß des Alkoholismus auf den Verlauf der Syphilis hervor. Auch sonst enthält der Artikel allerhand gute Ratschläge, die der Arzt einem Syphilitiker geben kann. Auch die schädlichen Folgen des Rauchens und mangelnder Körperpflege. Ferner verweist er auf die Tatsache, daß die Syphilis zu Tuberkulose prädisponiert und daß Malaria einen äußerst ungünstigen Einfluß auf den Verlauf der Syphilis ausübt. Vor beiden Infektionen muß deshalb der Syphilitiker behütet werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Beziehungen der Syphilis zur inneren Medizin, von WARFIELD T. LONGCOPE-New York. (New York med. Journ., 17. Mai 1913.) In erster Linie ist es das Herzgefäßsystem, das von der Spirochaeta pallida angegriffen wird, und hier steht wieder obenan die syphilitische Aortitis. 10—20 Jahre nach der Primärinfektion auftretend, führt sie zu drei sehr ernsten Zuständen, nämlich Aneurysma, Aorteninsuffizienz und Angina pectoris. Es ist nun festgestellt, daß syphilitische Aortitis in 90—95% der Fälle von Aortenaneurysma die direkte Ursache ist, so daß in praxi Aortenaneurysma regelmäßig Syphilis bedeutet. 75% der Fälle von Aorteninsuffizienz bei Erwachsenen und 30—50 jener von Angina pectoris bei jungen Leuten ist der Syphilis zuzuschreiben. Ebenso ist durch syphilitische Aortitis der Koronargefäße ein gewisser Prozentsatz der Myorkarditisfälle syphilitischer Natur — nach neueren Schätzungen bei etwa 25% derselben positive WASSERMANNsche Reaktion festgestellt. Um die Entwicklung der ernsten, einen großen Prozentsatz unserer Bevölkerung befallenden Herz- und Gefäßleiden zu verhüten, müssen wir also unsere Aufmerksamkeit auf zwei Erkrankungen gleicher Wichtigkeit, auf Syphilis und Rheumatismus lenken. Von allgemein wichtigen Folgekrankheiten der Syphilis kommen weiterhin Knochen- und Gelenkserscheinungen, indem es jetzt feststeht, daß viele Fälle chronischer Arthritis, Osteitis und Periostitis auf Syphilis beruhen. Ebenso ist es mit Leberzirrhose, und in vielen Fällen von Milzanämia, sog. Bantischer Krankheit, ist positive WASSERMANNsche Reaktion konstatiert worden. Die Wichtigkeit der Syphilis als Grundlage mancher neurasthenischer Zustände ist in jüngster Zeit allenthalben betont worden. Es kommen nun die Augenaffektionen, indem nach LEBER in 26% der Fälle von Retinitis, in 38% von Iritis und 84% von Keratitis die WASSERMANNsche Reaktion eine positive ist. Was nun die allgemeine Paralyse — die übrigen syphilitischen Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems läßt Verfasser vorläufig außer Betracht — betrifft, so berechnete er aus statistischen Zusammenstellungen der Anstalten der Verninigten Staaten, daß es etwa 4000 Paralytiker in demselben gäbe (13% aller Insassen), was dem Staate nahezu eine Million Dollars im Jahre koste. In der Verhütung der Syphilis liegt also zweifellos auch ein wichtiges ökonomisches Problem und es kann ruhig gesagt werden, daß die zwei weitverbreitetsten und wichtigsten Krankheiten Tuberkulose und Syphilis sind. Der Kampf gegen Tuberkulose ist mit Energie und größter Mithilfe des Publikums aufgenommen worden, jener gegen die Syphilis sollte im Vergleich mit den Schwierigkeiten, welche bei der Kontrolle der Tuberkulose bestehen, ein viel leichterer sein; durch Zusammenwirken von Ärzten, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und großem Publikum muß es wohl gelingen, die Folgen und Schäden dieser Seuche einzudämmen.

Stern-München.

Über die Infektiosität der tertiären Erscheinungen der Syphilis und über die Bedeutung derselben für die Frage „Syphilis und Ehe", von TEREBINSKY. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 29.) Da die tertiär syphilitischen Erscheinungen nicht als

Digitized by Google

vollkommen uninfektiös anzusehen sind und da nicht selten noch sekundäre Spätererscheinungen auftreten können, so sollten die Ärzte dem Syphilitiker niemals eine Ehe mit einem gesunden Menschen gestatten, weil der Arzt kein Recht hat, einem Kranken zu erlauben, ungestraft einen gesunden Menschen mit Syphilis anzustecken.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Behandlung der Tuberkulose bei Syphilitikern, von ALBERT ROBIN. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 22.) Sind beide Krankheiten bei einem Patienten vergesellschaftet, so soll an der antituberkulösen Kur nichts geändert werden, höchstens soll alles vermieden werden, was den tuberkulösen Herd reizen könnte (Tuberkulin, MARMORECKsches Serum usw.). Was die Behandlung der Syphilis anbetrifft, so wird Quecksilber am besten in subkutaner Injektion gegeben. Jodkalium muß auf alle Fälle vermieden werden. Salvarsan verwendet der Verfasser in allen Fällen von schwerer Syphilis mit raschem Verlauf oder bei manifester Tuberkulose, die durch eine interkurrente Syphilis verschlimmert wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Syphilis maligna praecox, von LOUIS BRIN. (Gaz. d. hôp., 1913, Nr. 73.) Zusammenfassende Schilderung der Symptomatologie, pathologischen Anatomie und Bakteriologie, der Pathogenese und Therapie der malignen Lues.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Cholesterinämie der Syphilitischen. Einfluß des Salvarsans, von ROUZAUD, SUCQUET und CABANIS. (Semaine méd., 1913, Nr. 28.) Der Cholesterinzyklus bei der virulenten Lues scheint ähnlich zu sein wie derjenige, den CHAUFFARD und seine Schüler für akute Infektionen festgestellt haben. Der Cholesteringehalt des Blutes ist während der primären Periode normal und sinkt während der sekundären Periode. Das Salvarsan bringt ihn wieder zur Norm zurück.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Metalues in versicherungsärztlicher diagnostisch-prognostischer Hinsicht, von FLESCH. (Wien. med. Wochenschr., 1913, Nr. 17.) Verfasser zählt alle Methoden auf, um sich keine auf eine metaluetische Erkrankung hinweisenden Symptome bei der Untersuchung eines Versicherungsnehmers entgehen zu lassen.

Haas-Hamburg.

Die Heirat des Syphilitikers. Soll er seine Krankheit vor der Hochzeit bekennen? Von F. BALZER. Verf. führt zunächst aus, daß die neuen Errungenschaften der Syphilisforschung die Frage über die Heiratsfähigkeit eines alten Syphilitikers bedeutend gefördert hat. Dennoch muß an den alten Maximen bezüglich des Ehekonsens festgehalten werden. Dannn bespricht er näher die Frage, ob der Ehekandidat seine Syphilis freiwillig eingestehen soll. Er neigt sich der Ansicht zu, daß er dies tun solle, da er dadurch seine Verantwortlichkeit mindere. Andererseits würden viele Familien diese Offenheit anerkennnen und die Heirat zugeben, wenn sonst die Umstände günstig wären. Am besten ist es, wenn diese Frage von beiden Seiten gelöst wird; der Brautvater soll sich über frühere Geschlechtskrankheiten des Ehewerbers erkundigen, und dieser soll, gefragt, offen antworten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Beitrag zur Lehre der Vererbung der Syphilis, von F. POÓR-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 1.) Bei einem 17jährigen Dienstmädchen wurde bei siebenmonatiger Schwangerschaft ausgeprägtes Oedema sclerotieum et exulcerationes labiorum majorum, fleckige Syphilide auf dem Rumpfe und den Schenkeln beobachtet. WASSERMANN-Reaktion stark positiv (+++). Nach vier Inunktionen wurde wegen Dermatitis die Schmierkur eingestellt. Am vierten und sechsten Tage

Digitized by Google

nachher je eine 2%ige Sublimatinjektion in die Glutäen. Fünf Tage später, im achten Monate der Gravidität, brachte Patientin ein Mädchen zur Welt. Das gut entwickelte Knochen- und Muskelsystem des Säuglings war intakt, das subkutane Fettpolster war gut entwickelt; es konnte an dem Säugling überhaupt nichts Abnormes entdeckt werden. WASSERMANN-Reaktion bei der Mutter stark positiv (+++), beim Kinde negativ; zehn Tage später starb das Kind. Obduktionsbefund: Thromboarteriitis umbilicalis. Thrombosis ductus arteriosi Botalli. Intumescentia lienalis. Degeneratio parenchymatosa cordis. Sepsis. Kein einziges Zeichen von Lues wurde gefunden. Die Untersuchung der Milz auf Spirochaeta pallida blieb negativ. Die intrauterine Infektion des Fötus ist nicht eine notgedrungene und unvermeidbare Folge der syphilitischen Infektion nach der Konzeption. Eine gegen das Ende der Gravidität infizierte Mutter kann ein intaktes und luesfreies Kind zur Welt bringen. Porosz-Budapest.

Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen, von P. UHLENHUTH und P. MULZER-Straßburg i. E. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 19.) Schon von jeher hat die Syphilidologen die Frage lebhaft beschäftigt, ob die Milch syphilitischer Frauen das syphilitische Virus enthalten, bzw. ob durch Inokulation derartiger Milch auf gesunde Individuen bei diesen eine syphilitische Infektion hervorgerufen werden könne. Die Verfasser dieser Arbeit nun haben auf Grund zahlreicher tierexperimenteller Versuche den Beweis erbracht, daß die Milch syphilitischer Frauen unter Umständen infektiös sein kann. Sie verimpften durchschnittlich 1—2 ccm Milch syphilitischer Wöchnerinnen, die mikroskopisch (Dunkelfeld) frei von Spirochäten war und deren Brustwarzen keine syphilitischen Erscheinungen darboten, in jeden Hoden von Kaninchen. Es gelang ihnen dabei in zwei Fällen einwandfreie Hodensyphilome zu erzeugen (Spirochätenbefund +). In dem einen Falle stammte die Milch von einer symptomlosen Mutter eines manifest syphilitischen Kindes, deren Blut aber einen positiven Ausfall der WASSERMANN-Reaktion ergeben hatte, in dem anderen Falle war es Milch einer frisch infizierten, allgemein-syphilitischen Frau mit manifesten Symptomen. Besonders auf ersterer Tatsache fußend, soll bei jeder Amme vorher das Blut untersucht werden und solche mit einer positiven WASSERMANN-Reaktion ohne weiteres abgewiesen werden. Dann besprechen die Verfasser den Infektionsmodus, der hierbei eventuell in Betracht käme. Insbesondere beschäftigen sie sich eingehend mit der Frage, ob der Magensaft eine deletäre Wirkung auf das syphilitische Virus auszuüben imstande sei, und so unter Umständen eine Infektion verhindern würde. Obgleich diese Versuche noch nicht zum Abschluß gebracht worden sind, so geht das eine doch aus ihnen hervor, daß der Magensaft in steigenden Konzentrationen ein fast sofortiges Unbeweglichwerden der Spirochäten bewirkt.

Fischer-Dresden.

Beitrag zur hereditären Spätsyphilis, von GEORG ALSBERG-Kassel. (Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. 60/61.) Mitteilung eines Falles von Syphilis bei einem vierjährigen Kinde, das vorher keine Zeichen aufwies. Anamnestisch war die Mutter erkrankt. Chrzelitzer-Posen.

Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan, von JEANSELME. (Ann. de Gynécol. et d'Obstetr., Jan. 1913.) Verfasser hat 14 florid syphilitische Frauen in verschiedenen Stadien der Schwangerschaft einer energischen Behandlung mit intravenösen Salvarsaninjektionen unterzogen. Alle gebaren lebende Kinder,

Digitized by Google

die auch nach acht Tagen noch am Leben waren. Vier von ihnen starben später, doch an anderen Krankheiten als an Syphilis. Dagegen führt JEANSELME eine Statistik auf über die Behandlung Schwangerer mit Quecksilber oder dem „traitement mixte". In 54% der Fälle wurden die Kinder tot geboren oder starben bald nach der Geburt. Von den Überlebenden zeigten 18% in der nächsten Zeit syphilitische Erscheinungen. Ferner hat J. zwei Schwangere mit einer 5- bzw. 15-jährigen Syphilis behandelt, die mehrfache Fehlgeburten hatten, jetzt aber außer positivem WASSERMANN keine Erscheinungen zeigten. Beide gebaren gesunde Kinder. Die erwähnte Statistik dagegen zeigt, daß bei Quecksilberbehandlung latenter Syphilitischer 25% gesunde Kinder zur Welt kamen, sonst syphilitische Kinder oder Fehlgeburten. Der Nutzen des Salvarsans zur Verhütung hereditärer Syphilis ist also offensichtlich. Richard Frühwald-Leipzig.

Myxomatöser syphilitischer Fötus, von KLEFELD. (Journ. de Bruxelles, 1913, Nr. 16.) Eine 20jährige Syphilitische abortierte einen mazerierten Fötus. Es war stark geschwollen und aufgetrieben; histologisch erwies sich das Gewebe von Schleimgewebe durchsetzt. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Dystrophia endocrina-sympathica; Hypogenitalismus mit Hemilipomatosis diffusa der Haut, von CESARE BARTOLOTTI. (Riforma med., 1913, Nr. 29.) Ein 25jähriger Kranker zeigt folgende Symptome: 1. Skelettbildung wie beim Eunuchen mit Zeichen des Infantilismus des Rumpfes und Überentwicklung der Glieder. 2. Monorchismus oder Kryptorchismus unilateralis. Fehlen des Haarwuchses des Stammes, des Gesichts, der Pubes, Achseln und Glieder. Normale Superzilien. 3. Einen gewissen Grad von psychischem Infantilismus. 4. Dystrophie der Haut, charakterisiert durch eine Vermehrung des Unterhautfettgewebes der linken Körperhälfte (auf welcher der Testikel fehlt). 5. Geringe Blutdruckvermehrung. 6. Leichte Reaktionsfähigkeit auf Adrenalin. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Tuberkulose des Rektums und des Afters und von Ulcus molle des Penis, von PERKEL. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 34.) Bei einem Arbeiter von 27 Jahren, welcher wegen eines Ulcus molle penis ärztliche Hilfe aufsuchte, wurde gleichzeitig bei bestehender Lungentuberkulose ein tuberkulöses Ulkus des Afters wie des Mastdarms konstatiert, welches dem Kranken keine Schmerzen verursachte und deshalb von ihm auch nicht beachtet worden war. Arthur Jordan-Moskau.

Cutis-index morbi, von WILLIAM P. CUNNINGHAM-New York. (New York med. journ., 6. Sept. 1913.) Aphoristische Betrachtung über die Wichtigkeit des äußeren Hautbefundes zur Beurteilung vieler Krankheitszustände. Bekannt ist Gelbsucht als Begleiterscheinung von Leberkrankheiten, die Bronzefärbung der Haut bei Erkrankung der Nebennierenkapseln, Xanthoma als Anzeichen von Diabetes usw. Rosacea ist nicht selten das Vorstadium von Rhinophyma, Chloasma häufig der Beweis von Gebärmutter- oder Eierstockserkrankungen, pastöse, ödematöse Haut von chronischer parenchymatöser Nephritis usw. Tophische Ablagerungen im Ohrhelix lassen unzweifelhaft auf Gicht schließen, Risse in den Fingernägeln auf andere Arten von Lithämie (irgend welche Konkrement- oder Steinbildung). Erythema induratum, Lupus vulgaris, Skrofuloderma, die verschiedenen Tuberkulide sind Anzeichen vorhandener oder drohender Tuberkulose. Schließlich führt C. noch Fälle von Halssyphilis (Tonsillitis) an, wo sehr tüchtige

Digitized by Google

Ärzte übersahen, auch die Haut einer genauen Kontrolle zu unterziehen, und dadurch lange Zeit die Patienten falsch behandelt wurden. Kurz, das Studium der Hautkrankheiten sollte im medizinischen Unterricht eine hervorragende Stelle einnehmen und nicht, wie es bis jetzt noch vielfach der Fall, als ganz untergeordnet und nebensächlich betrachtet werden. Stern-München.

Verschiedenes.

Die nächste Jahresversammlung der **American Medical Association** findet vom 1.—5. Juni 1914 in Atlantic City, N. J. statt. Vorsitzender der Dermatologischen Sektion ist Richard L. Sutton-Kansas City, Mo., dessen Stellvertreter J. B. Kessler-Jowa City, Ja., Sekretär Howard Fox-New York. Die Funktionäre der Sektion für Urologie sind Arthur L. Chute-Boston, Granville MacGowan-Los Angeles, Cal. und Louis E. Schmidt-Chicago.

An der Lehrkanzel für Dermatologie und Syphilis an der Columbia University in New York, welche, wie bereits gemeldet, Prof. John A. Fordyce an Stelle des in den Ruhestand getretenen Prof. George T. Jackson übernimmt, werden als Assistenten tätig sein die Drs. George M. MacKee, 1. Assistent und Instructor, Charles Wood McMurtry, Instructor und Patholog, John Remer, Radiolog, ferner Fred Wise, John Aldrich, E. J. Snyder, E. C. Jagle und F. Steinke.

Dr. William B. Trimble-New York wurde an Stelle von Prof. John A. Fordyce zum Professor der Dermatologie und Syphilis an der New York University and Bellevue Hospital Medical College ernannt. Als seine Assistenten werden fungieren: Dr. J. J. Rothwell, 1. Assistent und Instructor, ferner die Drs. C. J. Hailperin, Geo. A. Cherry, J. F. Fraser, J. N. Drury, B. Berger, C. M. Williams, L. L. Welzmiller und W. H. Boughmon.

Der Lektor für Parasitologie an der London School of Tropical Medicine und am Royal Institute of Public Health, Dr. Louis Westenra Sambon, welcher bekanntlich eine neue insektogene Theorie über die Genese der Pellagra aufgestellt hat, unternimmt gegenwärtig eine Studienreise zu diesem Zwecke durch die Südstaaten der Union und durch Westindien.

Hofrat Dr. Max Höfler in Bad Tölz erhielt anläßlich des Jubiläums seiner 40jährigen Tätigkeit daselbst das Ehrenbürgerrecht.

Der Vorsteher des Deutschen Verlegervereines Arthur Meiner, Inhaber der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Leipzig und Hamburg, erhielt Titel und Rang als k. sächs. Hofrat.

Dr. Louis Wickham, leitender Arzt der Maison St. Lazare in Paris, ist gestorben.

Dr. Henry Giles Anthony, Professor für Dermatologie und Syphilis an der Chicago Policlinic und Assistant Professor am Rush Medical College in Chicago, ist gestorben.

Dr. William Willson Burkett, gewesener Lektor für Dermatologie an der Indiana University School of Medicine in Indianapolis, Ind., ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tannzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. November 1913 | Nr. 45 | Band 57

Histologische Untersuchung eines Falles von idiopathischer progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans[1]).

Von

Dr. Menahem Hodara.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 3 Abbildungen.)

Der Kranke ist mit einer seltenen Hautaffektion behaftet, die zuerst von Buchwald progressive idiopathische Atrophie benannt wurde, später von Pick Erythromelie, von Kaposi Dermatitis chronica atrophicans und von Herxheimer und Hartmann Acrodermatitis chronica atrophicans.

Der Patient ist 55 Jahre alt und hat das Leiden seit 15 Jahren; im ubrigen erfreut er sich völliger Gesundheit und hat auch in seiner Vorgeschichte keine nennenswerte Erkrankung. Die Krankheit begann an beiden Unterextremitäten und schritt völlig symmetrisch proximal weiter; jetzt sind beide Fußrücken, die Unter- und Oberschenkel und die Nates gänzlich von einem bläulichroten Erythem eingenommen, das stellenweise livid, stellenweise bronzefarben oder schwärzlich, stark pigmentiert und mit purpuraartigen hämorrhagischen Flecken bedeckt ist. Diese erythematösen Herde zeigen zum großen Teile eine Schwellung der Haut, eine ödematöse Infiltration von derber sklerotischer Konsistenz; außer diesen infiltrierten Partien sieht man am Beine noch erythematöse Herde, wo die Haut verdünnt, atrophisch ist. Die Haut ist stellenweise nach allen Richtungen gefurcht und trägt Schuppen von verschiedener Dicke: an der Vorderseite der Unterschenkel sind die Schuppen dick, klein, schwärzlich, leicht ablösbar; an anderen Stellen sind sie grau, dünn, kleienförmig oder fein lamellös oder bilden breite, dünne Lamellen.

Die untere Partie der Vorderseite und die Seitenteile des Bauches tragen ebenfalls in symmetrischer Anordnung infiltrierte, erythematöse Herde, die mit feinen Schüppchen bedeckt sind; der übrige Teil des Abdomens und der Thorax sind frei. Nur an beiden Brustwarzen findet sich ein runder, leicht erythematöser und infiltrierter Fleck, der mit kleinen, dicken, schwärzlichen, warzenartig erhabenen, leicht ablösbaren Schuppen bedeckt ist, die von fern das Aussehen der Acanthosis nigricans bieten. In der Skapularregion beiderseits sind symmetrisch angeordnete, leicht infiltrierte Herde mit dünnen, breiten, grauen Schuppenlamellen; der mittlere und untere Teil der hinteren Thoraxseite, Hals, Gesicht und die behaarte Kopfhaut sind frei.

Auf den Oberextremitäten sieht man wie an den unteren in symmetrischer Weise die beiden Handrücken und die vorderen und äußeren Teile der Ober- und Unterarme von einem livid-roten Erythem bedeckt; stellenweise sieht man dicke, infiltrierte, stellen-

[1]) Nach einem Vortrage in der kaiserl. med. Gesellschaft in Konstantinopel.

Digitized by Google

weise stark pigmentierte, von purpuraähnlichen Flecken besetzte Herde. Im Gegensatze zu den Beinen ist hier die Haut in großer Ausdehnung atrophisch, verdünnt, stellenweise schlaff, so daß an den am meisten befallenen Partien der Finger wie in ein Loch leicht eindringt; die Haut ist durchscheinend, dünn wie ein Zigarettenpapier und läßt das tiefe Venennetz erkennen. Diese verdünnte Haut ulzeriert auf das geringste Trauma hin und bildet ohne Unterlaß infolge kleiner wiederholter Schädigungen oberflächliche, kleine Substanzverluste.

Nach den Angaben des Kranken begann die Affektion an den Extremitäten in Form disseminierter, roter, scharf umschriebener Herde, auf denen sich graue Schuppen bildeten; später wurden die Flecke mehr dunkelrot, schwärzlich, und die grauen Schuppen nahmen ebenfalls einen schwärzlichen Farbenton an. Die Zahl der umschriebenen Herde vermehrte sich immer mehr, sie konfluierten und generalisierten auf diese Weise die Krankheit. Wir sehen daher jetzt an den Ober- und Unterextremitäten Partien, welche den Beginn der Affektion zeigen; dieser besteht in einer Dermatitis mit Erythem und ödematöser skleröser Infiltration, mit Pigmentierung und teils schwärzlicher, teils purpuraähnlicher oder hämorrhagischer Verfärbung. Auf der Oberfläche, z. B. an den Mamillen, besteht Hyperkeratose, die dicke schwärzliche Schuppen bildet; diese sind stellenweise flach und adhärent, stellenweise erhaben, warzenartig, größtenteils grau, kleienförmig oder lamellös. An anderen Stellen sieht man das Endstadium des Prozesses. Atrophie mit lividrotem Ödem. Ferner sieht man alle Stadien des Überganges zwischen der initialen Entzündung und ödematösen Infiltration und der schließlichen Atrophie; deshalb ist auch die Bezeichnung Dermatitis chronica atrophicans entsprechender. Subjektiv klagt der Kranke über Juckanfälle und Haarausfall an den affizierten Partien.

Ich hielt es für interessant, bei dem Kranken die Pirquetsche Tuberkulinreaktion anzustellen; diese wurde an einer freien Stelle der vorderen Thoraxhaut unter Vornahme von Kontrollen ausgeführt und war nach 48 Stunden stark positiv, indem sich eine rote Schwellung mit Bläschen ausbildete. In den Lungen konnte Dr. Noulis keine Zeichen von Tuberkulose finden.

Wie gesagt, hat Buchwald zuerst die progressive idiopathische Atrophie beschrieben, als eine Krankheit, die an den Extremitäten beginnt und mit einer gewissen Symmetrie in Form eines bläulichroten Erythems und einer totalen Hautatrophie zentralwärts fortschreitet. Die Haut ist verdünnt, durchscheinend, gefältelt; das subkutane Gewebe ist reduziert, und dort, wo die Drüsen und Haare atrophiert oder verschwunden sind, ist die Schweißsekretion vermindert; die Sensibilität ist intakt, subjektiv besteht Jucken und Kältegefühl; die Hautoberfläche zeigt Schuppenlamellen. Neumann, Pospelow, Touton, Zinsser und andere beschrieben analoge Fälle. Zehn Jahre später beschrieb Pick als Erythromelie ein mehr weniger scharf umschriebenes lividrotes Erythem, das sich symmetrisch von den distalen Teilen der Extremitäten proximalwärts fortsetzt, deutliche Venektasien zeigt, aber sonst keine dem Erythema paralyticum von Neumann analogen Hautveränderungen aufweist.

Später zeigte aber Rille und nach ihm Klingmüller an einigen Beobachtungen, daß auf die Phase des Erythems der Pickschen Erythromelie die Phase der Atrophie folgt, so wie sie bei der idiopathischen progressiven Atrophie von Buchwald beschrieben ist. Andere Autoren, wie Beer, Riedel, Elliot, Neumann, Kaposi, Pick usw. haben Fälle beschrieben, bei denen man stellenweise atrophische, stellenweise erythematöse, leicht infiltrierte Partien sah, so daß man die Umwandlung der infiltrierten

Digitized by Google

erythematösen Stellen in Atrophie verfolgen konnte; deshalb hat Kaposi die Bezeichnung Dermatitis atrophicans aufgestellt. Schließlich haben Herxheimer und Hartmann unter dem Namen Acrodermatitis chronica atrophicans ein Krankheitsbild geschildert, das aus infiltrierten, erythematösen und in atrophischen Partien bestand. Die allgemeine Ansicht geht heute dahin, daß diese verschiedenen Formen nur die Übergangsstadien ein und desselben Prozesses darstellen. Jadassohn hat als Anetodermia erythematosa oder Atrophia maculosa cutis umschriebene, manchmal diffuse, bläulichrote Flecke beschrieben, die als erhabene, der Urtikaria oder der syphilitischen Roseola ähnliche Stellen beginnen und als deprimierte bläuliche oder weißliche Stellen mit gefältelter Oberfläche endigen. Analoge Fälle von Anetodermia erythematosa wurden von Heuss, Thibierge, Rille, Brock, Nielsen, Hallopeau, Taylor und Pellizzari unter dem Namen Erythema atrophicans, von Abraham als Atrophodermia en gouttes beschrieben. Pospelow beschreibt als Purpura atrophicans purpuraähnliche Flecke, die in Atrophie übergehen.

Finger und Oppenheim benennen diese Affektion Dermatitis atrophicans chronica progressiva idiopathica und teilen sie in zwei Gruppen: bei der ersten ist der größte Teil oder die ganze Haut befallen (Dermatitis atrophicans diffusa sive universalis), bei der zweiten Gruppe bestehen kleine Plaques (Dermatitis atrophicans maculosa). Bei der Dermatitis atrophicans chronica universalis unterscheiden sie zwei Varietäten, je nachdem das Leiden an den Extremitäten beginnt oder nicht. Die Fälle, bei denen die Affektion an den Extremitäten beginnt und hauptsächlich dort lokalisiert bleibt, ohne die anderen Körperpartien zu befallen, nennen sie Acrodermatitis atrophicans (Herxheimer); mikroskopisch manifestiert sich bei ihnen die Erkrankung sowohl als Rötung wie auch als beträchtliche Schwellung und Infiltration. Bei der anderen Varietät der Dermatitis atrophicans chronica universalis ist die Haut in ihrem ganzen Durchmesser beträchtlich verdünnt, schlaff, vielfach gefältelt, leicht aufhebbar und faltbar, von verminderter oder fehlender Elastizität.

Kürzlich haben Bujes und Kialemenoglou in der medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel (publiziert in Nr. 7, 1912 der Gazette médicale d'Orient) einen Fall von idiopathischer progressiver Atrophie vorgestellt, bei dem die Hände, der Stamm und der Hals befallen waren; die Haut war in toto verdünnt, durchscheinend, gefältelt, leicht faltbar, von brauner Farbe mit helleren Stellen. Das Gesicht hatte ein eigentümliches Kolorit, wie wenn graue Farbe aufgetragen worden wäre.

Mein Fall hat folgende klinische Charaktere: er begann an den Extremitäten und bedeckt jetzt symmetrisch und fast gänzlich die Ober- und Unterextremitäten, während ein Teil des Thorax, das Abdomen, Hals, Gesicht und Kopf frei von Erscheinungen sind. Der größte Teil der Extremitäten ist mit erythematösen, geschwollenen und infiltrierten Herden bedeckt, während die atrophischen Partien sehr restringiert sind, und deshalb nähert sich mein Fall der Acrodermatitis chronica atrophicans von Herxheimer. Man kann bei ihm deutlich nebeneinander alle Übergangsstadien verfolgen zwischen den erythematösen infiltrierten Partien, die

Digitized by Google

der Erythromelie Pick entsprechen und den atrophischen, verdünnten, leicht faltbaren, transparenten Stellen, die das subkutane Venennetz stellenweise erkennen lassen und der Atrophia idiopathica von Buchwald entsprechen. Außerdem sieht man bei ihm eine stellenweise schwarze, bronzefarbene Pigmentation und kleine purpuraähnliche Flecke, wie bei der Purpura atrophicans von Pospelow. Die Oberfläche der befallenen Partien trägt größtenteils dünne, graue, kleienförmige Schuppen oder große, dünne Lamellen, wie sie bei der idiopathischen Atrophie beobachtet wurden; das Besondere an meinem Falle sind aber an umschriebenen Stellen der Beine, den Brustwarzen usw. befindliche kleine dicke Schuppen, die festhaften, agglomeriert, erhaben, warzenartig, von tintenschwarzer Farbe sind, mit dem Nagel sich leicht ablösen lassen und von fern wie Herde von Acanthosis nigricans aussehen. Bei meinem Falle ist also bemerkenswert, wie dies auch von mehreren anderen Autoren beschrieben ist, daß man bei ihm zu gleicher Zeit die von verschiedenen Autoren beschriebenen Formen sieht, die nichts anderes sind als die Übergangsstadien desselben Krankheitsprozesses.

Herxheimer und Hartmann haben die histologische Untersuchung des ersten, erythemato-infiltrativen Stadiums vorgenommen und fanden die Epidermis nicht atrophisch, die Hornschicht verdickt und hyperkeratotisch, in der Kutis dagegen entzündliche Veränderungen, Gefäßdilatation und Zellinfiltration, die hauptsächlich aus mononukleären Leukozyten, Bindegewebszellen und perivaskulären Mastzellen bestand. Beim zweiten, atrophischen Stadium fanden Buchwald und Unna beträchtliche Atrophie der Epidermis; die Hornschicht war verdickt, dagegen die Körner- und Stachelschicht bedeutend atrophiert, die Basalschicht stark pigmentiert, die Retezapfen und die Papillen abgeflacht und verwischt. Nach Buchwald, Unna, Huber und Colombini sind die elastischen Fasern atrophisch und beträchtlich reduziert. Nach Unna sind sie im Papillarkörper und in den oberen Kutisschichten atrophisch, stellenweise gänzlich atrophisch, stellenweise rarefiziert und schwach färbbar; die elastischen Fasern der Schweißdrüsen sind vermindert, die der Talgdrüsen und Follikel größtenteils verschwunden. In den unteren Kutisschichten zeigen die elastischen Fasern sehr unregelmäßige Atrophie: bald sind sie rarefiziert und atrophisch, bald verdickt und persistierend; das sind nach Unna die Konzentrationsknoten des persistierenden elastischen Netzes. Degeneration des Elastins konnte er nicht finden. Die kollagenen Fasern sind nach seinen Befunden normal gefärbt; nur im Papillarkörper, unmittelbar unter der Epidermis sind sie homogen, zusammengedrückt und haben den fibrillären Charakter verloren. Die Follikel und die Talg- und Schweißdrüsen sind atrophisch, rarefiziert, und das Fettgewebe ist völlig verschwunden. Die glatten Hautmuskeln sind nach Unna hypertrophisch und hyperplastisch. Man findet eine beträchtliche diffuse Zellinfiltration im Papillarkörper und in den mittleren Kutisschichten, die nach Unna ausschließlich aus Plasmazellen besteht. Es besteht unregelmäßige Dila-

Digitized by Google

tation der Kapillaren, Dilatation der Venen und Verdickung des Bindegewebes ihrer Wandungen, sowie Endophlebitis. Neumann, der einen Fall dieser Affektion als Erythema paralyticum beschrieben hat, fand im Gegensatze zu Huber und Colombini, die eine beträchtliche Atrophie der elastischen Fasern konstatiert hatten, selbst im Stadium der Atrophie, daß die elastischen Fasern in den oberen Kutisschichten rarefiziert, in den unteren dagegen hypertrophisch, verdickt und sehr zahlreich sind, und daß das kollagene Gewebe ebenfalls in der unteren Kutis hypertrophisch ist.

Krzystalowicz fand im ersten Stadium Zellinfiltration in der Kutis und Subkutis, die aus vorwiegend perivaskulären Plasmazellen besteht und zur Obliteration der Gefäße führt. In den Infiltrationsherden fehlt das Elastin, an anderen Stellen ist es vermehrt; die Papillen sind abgeplattet, die Epidermis verdünnt, die kollagenen Fasern dünn und wellig. Im zweiten Stadium fand er die Zellinfiltration verringert, die Atrophie des kollagenen und des elastischen Gewebes fortgeschritten, die Drüsen und Follikel stark atrophisch, die basale Epithelschicht intensiv pigmentiert. Im Endstadium der Atrophie fand Krzystalowicz Fehlen der zelligen Infiltration, das kollagene Gewebe atrophisch, die elastischen Fasern degeneriert und in schlecht färbbare Schollen zerfallen, das Pigment fehlend. Colombini und Huber fanden ebenfalls das elastische Gewebe zu Detritus zerfallen. Pospelow fand Alterationen der glatten Muskeln, was aber Finger leugnet. Nach Huber, Pospelow, Colombini usw. besteht das Infiltrat aus Rundzellen, nicht aber aus Plasmazellen. Die Gefäße, besonders die Venen, sind dilatiert, stellenweise angiomatös (Heller, Rusch und Finger), stellenweise mit Blut angefüllt; ferner besteht Proliferation der Intima, Endarteriitis obliterans und Verdickung des kollagenen Gewebes der Gefäßwand (Neumann, Unna, Krzystalowicz). Die Lymphgefäße sind bald normal, bald infiltriert; das Pigment bald reichlich (Neumann, Heller), bald fehlend. Bei der Atrophia maculosa oder Anetodermia erythematosa fand Jadassohn histologisch im ersten Stadium mäßige perivaskuläre Zellinfiltration, Verdickung der Gefäßwände, Proliferation der Endothelzellen, Intaktsein der Epidermis und Verminderung der elastischen Fasern in den perivaskulären Infiltraten. Im Stadium der Atrophie fand Jadassohn ebenfalls die elastischen Fasern nur in der begrenzten perivaskulären Zone verschwunden, die nach Heuss wie ein Gefäßkegel mit der Basis nach oben aussieht; die Hornschicht war leicht erschlafft, die Stachelschicht verdünnt und die Epithelzapfen etwas verkürzt.

Histologische Untersuchung.

Ich habe zwei Stücke zwecks mikroskopischer Untersuchung exzidiert. Das erste Stück stammt vom Unterschenkel von einer infiltrierten, dunkelroten, fast zyanotischen oder schwärzlichen Partie; auf der Oberfläche befanden sich kleine, dicke Schuppen und kleine tintenschwarze Krusten, die warzenartig erhaben waren, sich leicht ablösen ließen und weißliche Schuppen unter sich bargen. Mikroskopisch sieht man die Hornschicht stark hyperkeratotisch, drei- bis viermal dicker als normal,

Digitized by Google

Fig. 1.

aus aufeinander gehäuften, stellenweise gelockerten und sich exfoliierenden Hornlamellen bestehend; in ihr befindet sich braunes Pigment, teils diffus, teils in körnigen Zügen. In der hyperkeratotischen Hornschicht sieht man auch parakeratotische Herde, die ringsum von hyperkeratotischen Lamellen eingeschlossen sind; sie enthalten drei bis vier Reihen abgeplatteter Kerne, die mit einer großen Menge Pigment angefüllt sind, so daß sie einen schwarzen Fleck in der weißlichen hyperkeratotischen Hornschicht bilden. Daher kommt es, daß man auf der Oberfläche stellenweise kleine, dicke Schuppen sieht, die wie Krusten erhaben sind, aber nichts anderes darstellen als Teile der früheren Stachelschicht, die stark pigmentiert und in Abstoßung begriffen sind. Die Hornschicht ist bald mehr, bald weniger dick, je nachdem die Hornlamellen abgestoßen sind. Unter der Hornschicht zeigt die Epidermis verschiedenes Verhalten: an manchen Stellen ist sie hypertrophisch und ödematös, an anderen ist sie hypertrophisch und beginnt zu atrophieren, und wieder an anderen Stellen ist sie völlig atrophiert; diese verschiedenen Prozesse finden sich dicht nebeneinander. In den hypertrophischen, ödematösen Partien ist die Körnerschicht sehr dick, aus drei bis vier Zellreihen bestehend, ödematös, voll von großen Keratohyalinkörnchen; die Stachelschicht besteht aus sechs bis sieben Reihen großer, ovaler oder polygonaler Zellen mit großen Kernen und großem ödematösem Protoplasma, inter- und intrazellulärem Ödem. Man sieht ferner leere ödematöse Kernhöhlen und stellenweise persistierende verlängerte Epithelzapfen, die ebenfalls aus ödematösen Stachelzellen bestehen. An den zweitgenannten Partien beginnt die Hypertrophie und das Ödem der Epidermis abzunehmen; die Körner- und Stachelzellen nehmen an Zahl und Volumen ab, da und dort sieht man einen kurzen, in

Digitized by Google

Atrophie befindlichen Epithelzapfen. An den letztgenannten Stellen sind die Körner- und Stachelschicht völlig atrophisch, die erstere auf ein bis zwei Reihen abgeplatteter, sehr verdünnter Zellen reduziert, die nur wenig Keratohyalinkörner enthalten, letztere besteht aus drei bis

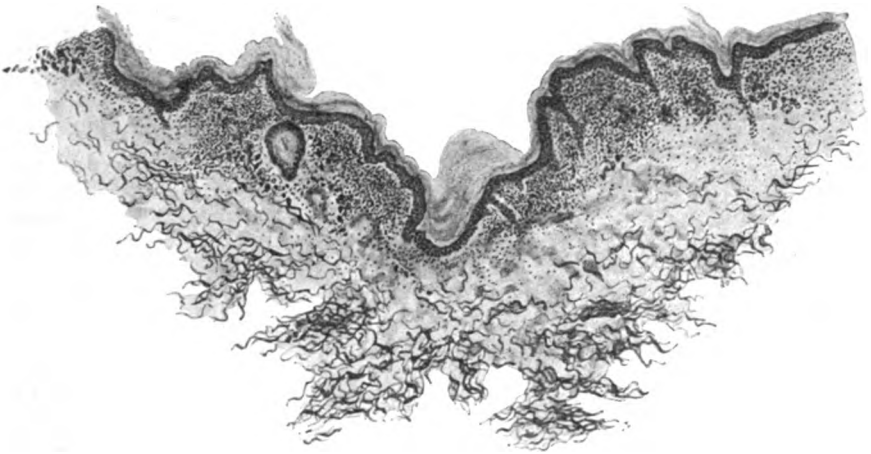


Fig. 2.

vier oder gar nur drei oder zwei Reihen von abgeplatteten, dünnen Zellen mit flachem Kern und schmalem, plattem Protoplasma, die dicht aneinander gedrängt sind, und aus einer Reihe von Basalzellen mit kleinem Kern und geschrumpftem Protoplasma. Dort, wo die Epidermis

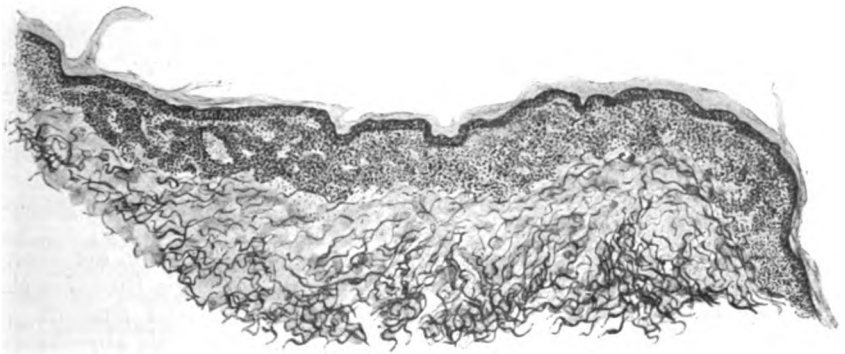


Fig. 3.

atrophisch ist, sind die Epithelzapfen völlig verschwunden und die Basis der Stachelschicht bildet eine gerade oder leicht wellige Linie. Die Stachelschicht ist stark pigmentiert und enthält stellenweise viel braunes, melanotisches Pigment. In den hypertrophischen Partien sieht man stellenweise voluminöse Papillen, in den atrophischen dagegen sind die

Digitized by Google

Papillen vollständig verschwunden und der Papillarkörper bildet mit der Epidermis eine gerade oder wellige Linie. In der Epidermis ist das Pigment stellenweise sehr reichlich vorhanden, indem es bald die Kerne der Basalzellen, bald die ganze Körner- und Stachelschicht bedeckt und auch die Hornschicht ist stellenweise von parallelen Reihen melanotischer Pigmentkörnchen bedeckt, oder aber sie zeigt einen diffusen, melanotischen Farbenton. Am stärksten ist das Pigment aber in den parakeratotischen Herden in der Hornschicht angehäuft, so daß es schwarze Flecke bildet, die klinisch wie kleine, schwarze Schuppen aussehen.

Fast überall sieht man unter der abgeflachten und atophischen Epidermis diffuse zellige Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten, spindeligen Bindegewebszellen und Unnaschen Plasmazellen von verschiedener Größe bestehen. Das Infiltrat beginnt manchmal bereits an der Basalschicht und bedeckt den ganzen Papillarkörper, die oberen und mittleren Teile der Kutis, stellenweise auch deren unterste Partien; im allgemeinen besteht aber in diesen wie in der Subkutis kein kompaktes Infiltrat, sondern nur verstreute kleine Zellhaufen, oder es fehlen auch diese gänzlich. Zwischen den Infiltrationsherden sieht man im Papillarkörper stellenweise unmittelbar unter der Basalschicht oder den Resten von Epithelzapfen kleine Inseln von nicht infiltriertem, kollagenem Gewebe, das degeneriert, homogen aussieht und seinen fibrillären Charakter verloren hat. Bei der Färbung mit Methylenblau-Fuchsin färbt sich das homogene kollagene Gewebe nicht normal mit Fuchsin, sondern nimmt einen blauen oder bläulichen Farbenton an und erscheint stellenweise fein granuliert; in den mittleren und unteren Kutisschichten erscheint das Bindegewebe dagegen normal gefärbt.

In diesen beiden Schichten sieht man innerhalb der Infiltrationsherde dilatierte Gefäße, von denen manche von einigen parallelen Reihen proliferierter Perithelialzellen umgeben sind, während die Mehrzahl dieser Gefäße durch Hypertrophie des interzellulären Bindegewebes verdickte Wände zeigt. Manchmal sind diese Gefäße dilatiert, andere aber sind verengt oder beginnen sich infolge einer Endarteriitis oder Endophlebitis zu verengern. Im Lumen einiger Gefäße sieht man kleine lymphozytäre, hyalin-lymphozytäre oder erythrozytäre Thromben; die Lymphozyten sind angehäuft, oder sie sind teils oder gänzlich in glänzende, mit Fuchsin rot gefärbte, hyaline Massen umgewandelt, während die roten Blutkörperchen in kleine Trümmer zerfallen sind.

In den kleinen Inseln von degeneriertem Bindegewebe in der oberen Kutis sieht man nur wenige Lymphozytenkerne, wenige Bindegewebszellen und Plasmazellenkerne. Die Bindegewebszellen sind alteriert: sie lassen sich teilweise noch gut färben, teilweise beginnen sie abzublassen, schlecht färbbar zu sein und zu verschwinden. Die abgeblaßten Zellen nehmen teilweise epitheloiden Charakter an, und man sieht auch Zellgruppen mit sieben oder acht Kernen, wie kleine Riesenzellen oder Chorioplasten. Nahe diesen degenierten Bindegewebsinseln zeigen die Gefäße Wandverdickung oder sind durch Endarteriitis bzw. Endophlebitis obliteriert. In den mittleren und unteren Partien der Kutis ist das Bindegewebe stark und normal gefärbt und hat grob-fibrillären Charakter; die Fasern sind durch Ödem stark geschwollen, die Lymphspalten dilatiert.

Digitized by Google

In diesen Teilen befinden sich nur sehr wenige Infiltrathaufen, die aus einigen Lymphozyten, Bindegewebszellen und wenigen Plasmazellen bestehen; die Gefäße sind dilatiert, in ihren Wandungen verdickt. Die Schweißdrüsen sind atrophisch und im Begriffe zu verschwinden; man sieht nur einige Reste der verengten Glomeruli. Die kubischen Wandzellen sind atrophisch, abgeplattet, unregelmäßig angeordnet, auseinandergedrängt und haben ihren spiraligen Aufbau verloren, alles Zeichen der Atrophie. Die Follikel sind ebenfalls größtenteils atrophiert und verschwunden; man sieht nur einige Schnitte atrophierender Follikel, die von einem Infiltrat umgeben sind. In den unteren Kutisschichten sind einige hypertrophische, ödematöse, hyperplastische, mit zahlreichen Zellen infiltrierte glatte Muskeln. Man sieht eine große Menge Blutpigmente von goldgelber Farbe (Hämosiderin) in Form von glänzenden Kristallen und Schollen oder als diffuse, gelbe, glänzende Massen, die auf den und um die Gefäßwandungen im Gewebe und auf den Zellen liegen. Hauptsächlich liegt das Hämosiderin in enormer Menge in den oberen und mittleren Kutispartien, oft in intimem Kontakt mit der atrophischen Epidermis; dies entspricht dem klinisch konstatierten purpuraähnlichen Aussehen des exzidierten Stückes.

Die elastischen Fasern sind in den Infiltrationsherden zum großen Teil atrophisch, verschwunden oder rarefiziert, sehr schwach färbbar oder in Stücke zerfallen; in den subepithelialen, infiltratfreien Nekroseherden dagegen sind die elastischen Fasern erhalten, aber alteriert und sehr schwach färbbar. In der mittleren Kutis zwischen den Infiltrathaufen sind die elastischen Fasern ebenfalls konserviert, aber in unregelmäßiger Weise, bald sehr dünn, blaß, schlecht gefärbt, atrophisch, bald stark gefärbt, ja sogar etwas hypertrophisch. Bei diesen hypertrophischen Fasern findet man stellenweise eine eigentümliche Veränderung; manche dieser Fasern sind nicht sehr stark gefärbt, andere dagegen außerordentlich stark, und diese haben die Tendenz, runde, zylindrische oder unregelmäßige Form anzunehmen, sind glänzend wie hyaline Schollen und heben sich durch ihre intensive Farbe von den übrigen Partien ab. Diese hyalin aussehenden, runden oder länglichen, elastischen Schollen liegen teilweise noch innerhalb des hypertrophischen, elastischen Fasernetzes, zeigen aber Neigung, sich abzugrenzen und loszulösen; teilweise haben sie sich schon losgelöst und liegen frei im Gewebe, disseminiert oder zu Gruppen gehäuft und haben das Aussehen von Favus- oder Trichophytonsporen. Außer dieser scholligen Degeneration sieht man in den unteren Kutisschichten und in der Subkutis unterhalb des Infiltrates die elastischen Fasern in großer Zahl, stark gefärbt, stellenweise enorm hypertrophiert, von mehrfachem Volumen wie im Normalen; stellenweise finden sich dichte elastische Faserbündel innig mit groben kollagenen Fasern gemengt, die die Elastinfärbung annehmen und die von Unna als Kollastin bezeichnete Veränderung erleiden.

Das zweite untersuchte Stück stammt vom Arme, wo die Haut stärker atrophisch, dünn und weich war, den Finger wie in weichen Käse eindringen ließ, wo sie ihre normale Elastizität verloren hatte, so daß eine aufgehobene Falte nur langsam zur Norm zurückkehrte. Auf der Oberfläche befanden sich dünne, weiße, lamellöse Schuppen; stellenweise ließ

Digitized by Google

die dünne Haut das tiefe Venennetz durchscheinen. Mikroskopisch zeigte sich die Hornschicht hyperkeratotisch. Stellenweise war sie dies in stärkerem Maße und bestand aus zwei bis drei aufeinander gehäuften, gelockerten Hornlamellen, die nur wenige pigmentierte Kerne und wenig Pigment enthielten; stellenweise war die Hornschicht weniger hyperkeratotisch, da sich die oberen Lamellen abgestoßen hatten. An anderen Stellen enthält sie eine dicke parakeratotische Schuppe, da sich ein Teil der Stachelzellen in eine Schuppe umgewandelt hat. Die Körnerschicht ist stellenweise drei bis vier Zellreihen dick; die Stachelschicht ist dick und ödematös, enthält fünf bis sechs Reihen großer Zellen mit großem Kern, voluminösem Protoplasma und intrazellulärem Ödem. Die Zwischenzellenspalten sind durch Ödem erweitert, ebenso die Kernhöhlen. An anderen Stellen sind die Körner- und Stachelschicht verdünnt, auf zwei bis drei Reihen von Körnerzellen und drei bis vier Reihen Stachelzellen reduziert; stellenweise ist die Stachelschicht außerordentlich atrophisch, verdünnt und besteht nur aus einer Reihe kleiner Körnerzellen und zwei Reihen kleiner, geschrumpfter, flacher Stachelzellen. In dieser atrophischen Partie sind die Epithelzapfen und die Papillen überall verschwunden, so daß die Grenze zwischen Epidermis und Kutis eine gerade oder wellige Linie bildet. Stellenweise ist die stark atrophische Stachelschicht völlig in eine parakeratotische Schuppe umgewandelt, die sich leicht von der Kutis ablöst; das erklärt die Leichtigkeit, mit der sich auf das geringste Trauma hin Ulzerationen bilden. Stellenweise sieht man an einer Follikelmündung die Hornschicht aus aufeinander gehäuften Lamellen bestehend wie ein Komedo; stellenweise sind in einem Zellschlauche die Stachelzellen hypertrophisch und etwas ödematös. Die Talgdrüsen, Schweißdrüsen und fast alle Follikel sind verschwunden.

Unter der Epidermis ist das Infiltrat viel tiefer, viel diffuser und kompakter als im ersten Stück; man sieht auch keine multiplen, dilatierten Gefäße und keine Thrombosen. Das Infiltrat besteht hauptsächlich aus Plasmazellen (wie dies Unna beschrieben hat) und erstreckt sich von der Epidermis bis zu den untersten Kutisschichten und der Subkutis. In den oberen Schichten komprimiert das Plasmazelleninfiltrat stellenweise die atrophische Epidermis und plattet sie noch mehr ab; stellenweise dringen die Plasmazellen in die Epidermis ein, wo die Stachelzellen auseinander weichen. An anderen Stellen ist die Epidermis gänzlich in eine parakeratotische Schuppe oder Kruste mit flachen Kernen verwandelt, die sich leicht ablösen läßt und, wie gesagt, die atrophische Haut leicht Ulzerationen aussetzt. In der Kutis sieht man in dem Plasmazelleninfiltrat Stellen, wo sich das kollagene Gewebe färbt und einige Bindegewebsteile erhalten sind; der größte Teil des kollagenen Gewebes ist aber in dem kompakten Zellinfiltrat untergegangen. Man sieht nicht, wie im ersten Stück, intermediäre Bindegewebszonen zwischen den Infiltrationsherden der Kutis, auch keine Zonen homogenen Bindegewebes unterhalb der Epidermis; das Bindegewebe fehlt fast vollständig in allen Schichten der Kutis und ist in ein plasmareiches, weiches, zelliges Gewebe umgewandelt, wodurch die Weichheit der Haut und die Möglichkeit des tiefen Eindringens des Fingers erklärt wird. Nur an vereinzelten Stellen der unteren Kutis und der Subkutis sind die Bindegewebsfasern, wie im ersten Stück,

Digitized by Google

ödematös, geschwollen, nicht infiltriert und zeigen erweiterte Lymphspalten; es bestehen nur einige kleine Infiltrationsherde, die aus Plasmazellen und spindeligen, proliferierten Bindegewebszellen zusammengesetzt sind. Man findet, wie bereits erwähnt, keine erweiterten Gefäße und keine Thrombosen.

Die elastischen Fasern zeigen dieselben Veränderungen wie in dem Stück mit kompakter zelliger Infiltration; sie sind fast völlig verschwunden, nur hier und da sieht man vereinzelte dünne, blaß gefärbte, atrophische Fasern. Unter dem Infiltrat, in der unteren Kutis und der Subkutis sind, wie dies bereits Unna beschrieben hat, die elastischen Fasern unregelmäßig, die einen dünn, atrophisch, schlecht gefärbt, die meisten hypertrophisch, oft stark hypertrophisch und stellenweise zu Haufen angeordnet; das sind die Konzentrationsknoten des elastischen Netzes nach Unna. Stellenweise zeigen diese hypertrophischen elastischen Fasern dieselbe eigentümliche Veränderung, die beim ersten Stück beschrieben wurde: sie sind im allgemeinen schlecht gefärbt, doch finden sich intensiv gefärbte Partien, die runde, schollige oder zylindrische, hyaline oder glänzende Form annehmen. Diese Körper haben die Tendenz, sich von den Fasern loszulösen, so daß sie disseminiert oder in Haufen frei im Gewebe liegen und wie Sporen von Favus oder Trichophyton aussehen. Außer dieser scholligen Entartung des elastischen Gewebes sieht man in der Subkutis hypertrophische kollagene Fasern, die innig mit den elastischen vermengt sind und die elastische Faserfärbung annehmen (Kollastin). Es finden sich in den Infiltrationsherden keine Hämosiderinschollen wie beim ersten Stück, nur hier und da etwas Hämosiderin; deshalb hat diese Hautpartie auch nicht das purpuraähnliche Aussehen gehabt wie das Stück vom Beine. In der Epidermis liegt nur wenig melanotisches Pigment.

Zusammenfassung.

In meinem Falle von progressiver idiopathischer Atrophie, der sich der Acrodermatitis chronica atrophicans von Herxheimer nähert, sieht man zuerst entzündliche Erscheinungen, wie Gefäßerweiterung, Verdickung ihrer Wände, Stase und Alteration des Blutes, Bildung verschiedener partieller Thromben (erythrozytäre, lymphozytäre und hyalin-lymphozytäre) sowie Verengerung und Thrombosierung von Gefäßen durch obliterierende Endarteriitis bzw. Endophlebitis. Es besteht also zuerst ein Stadium des Ödems und der Entzündung: das kollagene und elastische Gewebe der Kutis und Subkutis ist zuerst durch das Ödem geschwollen, die Lymphspalten dilatiert; dann folgt eine zellige Infiltration der Kutis, zuerst perivaskulär und perifollikulär, dann in Herden, die sich mehr und mehr über den Papillarkörper und die Kutis ausbreiten und aus Spindelzellen und massenhaft Plasmazellen bestehen. Im Niveau dieses Infiltrats sind die Bindegewebs- und die elastischen Fasern, die Follikel und Drüsen atrophiert und verschwunden; es persistieren nur einige hypertrophische

Digitized by Google

und hyperplastische glatte Muskelfasern. Im Beginne sieht man zwischen den Infiltrationsherden im Papillarkörper, unmittelbar unter der Epidermis, Herde von degeneriertem, nekrotischem Bindegewebe, wo das Gewebe homogen und stellenweise körnig ist; innerhalb dieser homogenen Herde befinden sich keine Infiltratzellen. Es sind im Gegenteil die Zellen auf dem Wege zu atrophieren und zu verschwinden, und es bilden sich stellenweise Epitheloidzellen, hier und da zu sieben oder acht angehäuft, so daß sie wie Chorioplasten oder kleine Riesenzellen aussehen. Die Atrophie schreitet in der Kutis von oben nach unten fort; wenn die Kutis schon atrophisch ist, sieht man in ihren unteren Schichten und in der Subkutis noch Entzündung und Ödem, Schwellung der Bindegewebs- und elastischen Fasern. Je mehr sich aber das zellige Infiltrat auf die unteren Schichten fortsetzt, desto mehr nimmt die Entzündung und das Ödem ab und macht einer Atrophie Platz. Man sieht stellenweise enorme Mengen von Hämosiderin in Form von Kristallen oder glänzenden Massen goldgelben Pigments, welcher Befund dem purpuraähnlichen Aussehen einiger Hautstellen entspricht.

In der Epidermis findet sich ebenfalls ein Zustand der Entzündung, Hypertrophie und Ödem, der sofort nach der Bildung von Infiltrationsherden unter der Epidermis in Atrophie übergeht; die Epidermis ist dann auf zwei bis drei Reihen geschrumpfter Zellen reduziert, die stellenweise eine große Menge melanotischen Pigments enthalten. Stellenweise wandelt sich die ganze atrophische Epidermis in eine parakeratotische Schuppe um, die von Pigment bedeckt ist und sich klinisch auf der Oberfläche als kleine, dicke, schwarze Schuppe präsentiert; meist ist aber die Hornschicht hyperkeratotisch, enthält bald viel, bald wenig Pigment und bildet dünne, hyperkeratotische, exfoliierende Lamellen von weißlicher Farbe.

Es finden sich im Beginne der Affektion kleine homogene, nekrotische Zonen von Bindegewebe im Papillarkörper unter der Epidermis, die stellenweise Epitheloidzellen oder kleine Riesenzellen oder Chorioplasten enthalten; ferner findet sich Obliteration der Gefäße durch Endarteriitis und Endophlebitis und starke Plasmazelleninfiltration. Ferner fand sich positive Pirquetsche Tuberkulinreaktion, obwohl alle Organe völlig gesund sind. Obwohl ich mir bewußt bin, daß die Pirquetsche Reaktion beim Erwachsenen nicht dieselbe Bedeutung hat wie beim Kinde, so möchte ich doch die Frage aufwerfen, ob nicht eine Beziehung zwischen der idiopathischen progressiven Atrophie oder Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer und den Tuberkuliden besteht, und ob es sich bei der genannten Affektion nicht um ein chronisches, atrophisierendes Tuberkulid handelt. Das muß die Zukunft lehren.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Lepra.

Bd. 14, Heft 2.

1. Antileprol in der Leprabehandlung, von Albebto Serra. Das von der Firma Beyer hergestellte Antileprol ist ein Derivat des Chaulmoograöls. Es wird im Gegensatz zu letzterem vom Verdauungstraktus anstandslos vertragen. In einem Falle machten sogar 10 g pro die per os gegeben nicht die geringsten Nebenerscheinungen von seiten des Magens, Darmes oder der Nieren. Auch subkutan einverleibt wurde es ausgezeichnet vertragen. Es zeigten sich nie unliebsame Erscheinungen, wie sie Verfasser nach subkutanen Injektionen von Oleum chaulmoograe beobachtete, wie Schmerzen an der Injektionsstelle, Infiltrate oder Embolien. Von sechs Kranken, von denen drei mit Lepra tuberosa, einer mit Lepra mixta und zwei mit Lepra anaesthetica sine mutilans behaftet waren, zeigte sich der therapeutische Effekt bald nach Beginn der Behandlung. Die ulzerösen Erscheinungen heilten rapide, die Leprome bildeten sich zu bräunlichen Pigmentflecken zurück, die völlig frei von Infiltration waren. Auch laryngeale und nasale Erscheinungen schwanden unter der Behandlung vollständig. Ebenso bildete sich eine elefantiastische Hypertrophie des Vorderarmes zurück, die seit sechs Monaten bestanden hatte. Die anfangs zahlreichen Bazillen zeigten im Verlaufe der Behandlung zunehmende Degenerationserscheinungen bis zu ihrem völligen Verschwinden. In den anästhetischen Zonen der mit Nervenlepra behafteten Patienten kehrte die Sensibilität, wenn auch in vermindertem Grade wieder zurück. In zwei Fällen trat nach längerer Behandlung mit Antileprol ein großfleckiges Erythem auf, das vermutlich durch Freiwerden von Endotoxinen beim Bakterienzerfall hervorgerufen wurde. Verfasser ist der Ansicht, daß bei jahrelang mit Intervallen fortgesetzter Kur eine Heilung der Lepra möglich ist, und daß das Antileprol das einzige Spezifikum ist, das wir zurzeit besitzen.

2. Eine Leprosenordnung von Melaten bei Köln aus dem 16. Jahrhundert, von Johannes Asen-Bonn. Das Stück, das sich im Kölner Stadtarchiv befindet, stammt vermutlich aus dem 16. Jahrhundert. Es enthält eine genaue Vorschrift über die Art der Untersuchung und die darüber auszustellenden Schaubriefe im Leprosenhause zu Melaten bei Köln, das zwischen 1180 und 1189 zuerst erwähnt wird.

3. Bazillurie und Bazillämie (nach Hansen). Die Niere der Leprösen. 1. Nephritis leprosa haematurica (Haematuria leprosa). 2. Bazillämie, Bazillurie ohne Nierenläsionen, von de Beurmann und Gougerot-Paris. 1. Lepröse Nephritis ist zwar schon in alter Zeit beschrieben worden, gehört aber doch zu seltenen Vorkommnissen. Verfasser teilen die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles mit, der unter dem Bilde einer hämorrhagischen Nephritis verlief. 2. Bazillurie ist bei der Lepra ebenso wie bei allen anderen infektiösen Erkrankungen eine Folge der Bazillämie. Letztere ist, nachdem Gougerot eine leichte Technik zu ihrem Nachweise angegeben hat, häufiger beschrieben worden. Bazillurie ohne nennenswerte renale Läsion scheint sehr selten vorzukommen. In dem von den Verfassern mitgeteilten Falle handelt es sich um leicht nachzuweisende Bazillämie während einer fieberhaften Lepraeruption mit Schwellung von Leber und

Digitized by Google

Milz sowie Ikterus. Im Urin waren ohne Anzeichen einer bestehenden Nierenläsion spärliche Bazillen nachzuweisen. Verfasser glauben, daß bei systematischen Untersuchungen Bazillurie bei Leprösen nicht so selten wie bisher gefunden werden würde.

4. The Leper Window, von S. D. Clippingdale.

5. Beiträge zur Geschichte der Kölner Leprauntersuchungen. I. Teil, von Hermann Keussen-Köln. Abschnitt A bringt 179 Leprauntersuchungsprotokolle der Kölner medizinischen Fakultät aus den Jahren 1491 bis 1664. Die Protokolle enthalten das Datum der Untersuchung, Namen und Stand der Untersuchten, Urteil und Untersuchungsbefund, Untersuchungslokal (Namen der Anwesenden), Gebühren, Belegstelle und Bemerkungen. Abschnitt B enthält biographische Notizen über 27 in den Leprapotokollen genannte Professoren und Lizentiaten, welche an den Untersuchungen teilnahmen. In Abschnitt C werden 18 Urkunden und Aktenstücke zur Geschichte der Leprauntersuchung in Köln und Umgebung mitgeteilt, die aus den Jahren 1357 bis 1712 stammen. Valentiner-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

August—September 1913.

1. Zur Frage der Morphea guttata, von G. Petges. In Ergänzung seiner früheren Publikation bespricht P. den von Milian veröffentlichten Fall von Leucodermia atrophica punctata. Die Patientin hatte dieselben scharf umschriebenen, weißen Herde wie bei „white spot disease"; auch histologisch fanden sich dieselben Veränderungen: Verdickung der Kutis, Hyperplasie des Bindegewebes, follikuläre Hyperkeratose. Dieser Fall ist also auch der umschriebenen Sklerodermie, der Morphea guttata, zuzurechnen. Das Vorhandensein einer lenteszierenden Lungentuberkulose stützt die Hypothese von der tuberkulösen Natur des Leidens.

2. Vierte und letzte Ausführung über die Erbsyphilis, ihre Gesetze und deren Auslegung, von Carle-Lyon. Verfasser hat in mehreren Publikationen seine Erfahrungen sowie die neueren Arbeiten über Erbsyphilis besprochen und niedergelegt; nun scheint ihm der Zeitpunkt gekommen, aus allen seine Schlüsse zu ziehen. Das Collessche Gesetz möchte er so formulieren: die Mutter eines syphilitischen Kindes kann dieses ruhig stillen, da sie selbst syphilitisch ist. Aber wenn sie auch keine Erscheinungen hat, muß sie wie eine Kranke behandelt werden. Die Wassermannsche Reaktion hat die schon früher aufgestellte Ansicht, daß die Immunität der Mutter nur Krankheit bedeutet, bestätigt. Man könnte einwenden, daß die Mutter die Antikörper passiv vom Kinde erhalten habe; dann würde diese Immunität aber nur vorübergehend sein, und es könnte nicht vorkommen, daß die Mutter positiv, das Kind aber negativ reagiert. Auch mehren sich die Fälle, wo der positive Wassermann nachträglich durch ein klinisches Symptom von Syphilis bestätigt wurde. Den Einwurf, daß die Ausnahmen vom Collesschen Gesetze nicht existieren konnten, wenn die Mutter stets syphilitisch wäre, hat Bobbié in einer These widerlegt, indem er nachwies, daß die genannten Ausnahmen beträchtlich nicht zu Recht bestehen.

Der Hypothese von der konzeptionellen Syphilis (choc en retour) setzt Verfasser folgende Ansicht entgegen: Die Syphilis beginnt bei der Schwangeren stets mit einem Primäraffekt; ist er nicht nachweisbar, sei es infolge Schwierigkeit oder Ungenauigkeit der Beobachtung, darf man nicht auf sein völliges Fehlen schließen. Das Profetasche Gesetz formuliert C. wie folgt: Das Kind einer syphilitischen Mutter ist meist selbst

Digitized by Google

syphilitisch und kann sich daher nicht mehr infizieren. Ist es nicht syphilitisch, so beweist sein Verschontbleiben von der Krankheit keineswegs seine Immunität. Alle Ausführungen gipfeln aber in dem Schlusse, daß es keine Erbsyphilis ohne Syphilis der Mutter gibt. Wohl aber ist es möglich, daß ein syphilitischer Vater, ohne seine Frau anzustecken, auf seine Kinder eine dystrophische Konstitution überträgt.

3. Lichen planus acutus und Lumbalpunktion, von GEORGE PERNET-London. Ein Patient mit akutem Lichen planus wurde ambulant lumbalpunktiert; da er dadurch starke Kopfschmerzen bekam, wurde er innerlich weiterbehandelt, doch ohne Erfolg. Eine neuerliche Lumbalpunktion hatte glänzendes Resultat. Ebenso ging es mit einem klinischen Kranken. Verfasser weist besonders darauf hin, daß der Liquor des akuten Falles FEHLINGsche Flüssigkeit nicht reduzierte im Gegensatze zu dem des anderen Falles

4. Hepatitis nach Salvarsan und Neosalvarsan, von G. ROUVIÈRE. Verfasser. berichtet über zwei Kranke, bei denen nach der zweiten Injektion von Salvarsan bzw. Neosalvarsan heftiger Ikterus auftrat; die Haut war intensiv gelb, der Harn gallig, die Fäzes entfärbt. Es bestand Pruritus, die Leber war vergrößert, nicht druckschmerzhaft; in einem Falle bestand auch Milzvergrößerung. Beide Patienten fühlten sich außerordentlich matt und abgespannt. Der Ikterus verging in zirka zwei Wochen, und auch die Leber wurde bald wieder normal. Verfasser berichtet dann noch über zwei ähnliche Fälle von MILIAN und LEVY-BING und DUROEUX sowie über sechs Fälle, bei denen die Leberaffektion vom Tode gefolgt war.

5. Rezidivierendes skarlatiniformes Erythem nach Neosalvarsan, von H. BULLIARD. Die 27jährige Kranke wurde dreimal unter fünf Neosalvarsaninjektionen von einem juckenden skarlatiniformen Erythem befallen; mit der Erhöhung der Dosis wurde auch das Exanthem stärker. Zuerst war es hauptsächlich auf den Armen lokalisiert, dann befiel es auch die Beine, und beim dritten Male griff es auch auf das Gesicht über, wo es ödematöse Schwellung der Lider hervorrief; bei dieser Eruption bestand auch Fieber. Nach einem verschieden langem Bestande verschwand das Exanthem unter Schuppung.

6. Neosalvarsan und WASSERMANNsche Reaktion bei Tuberkuliden, von PAUL RAVAUT. Verfasser hat bereits früher über vier Patienten mit Tuberkuliden berichtet, bei denen die Hauterscheinungen durch Neosalvarsan rapid gebessert worden waren. Diesen fügt er nun sechs neue Beobachtungen hinzu, die einen Lichen scrophulosorum, ein Sarkoid, ein Angiolupoid, einen Lupus erythematosus mit papulonekrotischen Tuberkuliden und zwei BAZINsche Erytheme betreffen. Die Neosalvarsandosis betrug 0,45—0,9. Die Beobachtung aller Fälle hat ergeben, daß Neosalvarsan bei drei Fällen von papulonekrotischen Tuberkuliden, zwei Fällen von Angiolupoid, je einem von Sarkoid und Lupus erythematosus und bei zwei Fällen von wenig ausgedehntem Erythema induratum eine ausgezeichnete und rapide Wirkung ausübte. Weniger rasch wirkte es bei einem Fall von verbreitetem ulzeriertem Erythema induratum. In einem Falle von Lichen scrophulosorum wirkte es sehr langsam, in einem anderen gar nicht.

Bei den Patienten wurde auch die WASSERMANNsche Reaktion angestellt, und es zeigte sich, daß auch solche ohne Syphiliserscheinungen positiv reagierten; es waren dies ein Patient mit Sarkoid, einer mit Angiolupoid und zwei mit papulonekrotischen Tuberkuliden, kombiniert mit Angiolupoid bzw. Lupus erythematosus.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bulletin de la Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Juni 1911.

1. Lepra tuberosa mit Radium und Nastin behandelt, von L. DE KEYSER-Brüssel. Die junge Patientin leidet seit 15 Jahren an Lepra und hat jetzt anästhetische Zonen, namentlich am Vorderarme, Facies leonina, zahlreiche pigmentierte Knoten, hauptsächlich im Gesichte und auf den Armen, Knoten des Kubitalnerven. Da jede Therapie versagte, applizierte Verfasser Radium, und zwar an zehn Tagen hintereinander eine Stunde. Nach den letzten Sitzungen wurde der Knoten sowie seine Umgebung rot, zehn Tage nach der letzten Bestrahlung bildete sich eine dicke Kruste, die nach weiteren zehn Tagen abfiel, worauf der Knoten unter Hinterlassung einer intensiven Pigmentierung geheilt war. Außerdem gab Verfasser wöchentlich zweimal 1 ccm Nastin subkutan. Dieses wirkte zwar nicht auf die Knoten, aber der Allgemeinzustand hob sich, und in den anästhetischen Zonen kehrte die Sensibilität zurück. Die Patientin ist durch diese Behandlung bedeutend gebessert, das Gesicht ist wieder fast normal geworden.

2. Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von POIRIER-Antwerpen. Verfasser berichtet kurz über seine Erfolge mit Salvarsan, das er in alkalischer Lösung intravenös anwendet. Beim Schanker wirkt es etwas langsam, bei der Roseola ungleichmäßig; rapide wirkt es dagegen bei hypertrophischen Papeln. Die besten Resultate werden aber im tertiären Stadium erzielt, wozu Verfasser zwei Krankengeschichten beibringt. Ein Patient wurde nach Salvarsan von rechtsseitiger Abduzenslähmung befallen, doch verschwand diese unter neuerlicher Salvarsananwendung.

Sitzung vom 12. November 1911.

1. Zwei Fälle von Nävus bei Kindern mit Kohlensäureschnee behandelt, von THONASON-Brüssel. Sehr guter Erfolg bei einem Naevus vasculosus et pigmentosus piliferus. Beschreibung der Technik. Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die Bombe nie in vertikaler Stellung geöffnet werden darf, da sonst kein Schnee entsteht.

2. Ein Fall von Parakeratosis psoriasiformis symmetrica, von M. MORELLE-Brüssel. Bei dem Kranken entstand vor fünf Jahren ein roter pickender Fleck am rechten Unterarm, bald darauf ein gleicher am linken; seither vermehrte sich das Leiden mit Remissionen. Es finden sich zwei infiltrierte, leicht erhabene Flecke, mit feiner, kleienförmiger Abschuppung; nach Kratzen erscheinen sie perlmutterweiß. An anderen Stellen nicht schuppende, leicht infiltrierte, nicht erhabene rote Flecke. Verfasser hält das Leiden für eine Parakeratosis psoriasiformis und grenzt es gegen Parakeratosis variegata und Neurodermitis ab.

DUBOIS-HAVENITH neigt zu letzterer Diagnose.

3. Fall von symmetrischer Vitiligo, von MORELLE-Brüssel. Vorstellung eines 14jährigen Knaben. DE KEYSER berichtet, daß er bei einer schwachen Radiumbestrahlung von Vitiligo eine sehr heftige Reaktion mit Ulzeration erhalten hätte. Die Vitiligo wurde nicht beeinflußt.

4. Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von PAUL FRANÇOIS-Antwerpen. Kurze Übersicht über die Erfolge mit intravenöser Salvarsanbehandlung zumal über die Beeinflussung der WASSERMANNschen Reaktion. Verfasser hat zwei Nervenrezidive beobachtet, die durch neuerliche Salvarsanbehandlung geheilt wurden. Lebhafte Diskussion.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Sexual-Probleme.

9. Jahrg., April 1913.

Rassenveredlung und Sexualreform, von August Hallermeyer.

Zur Frage der psychischen Impotenz als Folgeerscheinung sexueller Totalabstinenz beim Manne, von M. Hirschfeld und E. Burchard-Berlin. Ohne Vorhandensein besonderer pathologischer Störungen oder Anomalien hatte sich im fraglichen Falle durch jahrelange totale Abstinenz eine psychische Impotenz entwickelt. Begünstigt wurde die Entstehung des Leidens durch eine gewisse nervöse Veranlagung des Patienten, Bedenken hinsichtlich Konzeption, körperlicher Schädigung und dergleichen sowie durch Ekelvorstellungen vor gewissen physiologischen Vorgängen (Blutungen) aus Unkenntnis der geschlechtlichen Verhältnisse beim Weibe. Das libidinöse Verhalten der Frau endlich wirkte abstoßend und steigerte die vorhandenen Hemmungen bei jedem neuen Kohabitationsversuche. Verfasser sind der Ansicht, daß sich die Potenz bei entsprechender Behandlung und sachgemäßem Entgegenkommen der Gattin sicher wieder einstellen würde.

Sexuelle Verirrungen bei Vögeln in den Tropen, von Arnold Heim-Zürich. In drei Fällen (Pfau, Gänserich, Papagei) handelt es sich um Tiere, denen durch den Eingriff des Menschen die Möglichkeit zu natürlichem Geschlechtsverkehr abgeschnitten war; sie hatten sich Hahn, Haushund bzw. Hand des Herrn zum Koitus auserkoren. Weitere Mitteilungen betreffen einen Enterich, der seine Zuneigung einem Kaninchen schenkte und last not least eine Krähe, die ein schönes Mädchen liebte.

Valentiner-Leipzig.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 1, H. 5.

1. Zur Klinik der Operationszystoskopie, von Leo Buerger. Verfasser beschäftigt sich seit sechs Jahren mit der Vereinfachung operativer Blaseneingriffe durch das Zystoskop. Die zur erfolgreichen Ausführung der alltäglichen endovesikalen Operationsverfahren erforderliche Technik ist teils durch Vervollkommnung des optischen Systems und der mechanischen Bruchteile des operativen Zystoskops, teils durch Konstruktion von Spezialinstrumenten wesentlich vereinfacht worden. Seine Ausführungen wollen beweisen, daß kleine Tumoren gut mit Operationszystoskop entfernt werden können, daß kleine Steine leicht entfernt und, wenn nötig, zertrümmert werden können, ebenso Fremdkörper von bizarrer Form und beträchtlicher Größe. Das Abschlingen ist die einfachste und leichteste Behandlungsmethode der Papillome, worauf dann Fulguration nachfolgen kann. Verfasser bespricht weiter eine neue Methode zur Dilatation der Ureteren, zeigt, daß die einfachste und erfolgreichste Behandlung kallöser Ulzerationen die Exzision ist, daß die Anwendung von Schneideinstrumenten das Studium von zystischen Gebilden ermöglicht, daß wir ein Zystoskop besitzen, welches die gleichzeitige Einführung von drei oder mehr Kathetern gestattet, und endlich daß Exzision von Schleimhautresten aus der Gegend der verdächtigen Ureterenmündung auf eine positive Diagnose von Nierentuberkulose führen kann.

2. Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel, von Eduard Ritter von Hofmann. Verfasser berichtet über drei Fälle von angeborenem Divertikel, bei zweien wurde die Diagnose auf zystoskopischem Wege gestellt, bei dem

Digitized by Google

dritten Fall konnte die Öffnung des Divertikels, die durch die hochgradig geschwollene Schleimhaut geschlossen war, nicht gesehen werden. Bei allen drei Patienten traten die Blasenbeschwerden erst im späteren Alter auf, und zwar erschwerte Miktion und zystitische Symptome, in zwei Fällen auch Blutharnen. Bei zwei Patienten kam es später zu fast kompletter Urinretention. Die Beschwerden traten intermittierend auf. Rektal oberhalb der Prostata war bei allen dreien ein Tumor zu tasten. Verfasser weist noch auf die Vorteile der Röntgenaufnahme der kollargolgefüllten Blase hin. Therapeutisch ist von den konservativen Methoden nicht viel zu erwarten. Die palliativen Operationsmethoden leisten nicht viel mehr. Sichere Heilung gewährleistet nur die radikale Entfernung des Divertikels. Bei der äußerst üblen Prognose der angeborenen Blasendivertikel ist ein energisches Einschreiten angezeigt.

3. Über paravesikale, chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste, von A. Hock-Prag-Karlsbad.

4. Ureterenblasenscheidenfistel nach kriminellem Abort, von Fritz Ludwig. Eine Gravida im dritten Monat hatte versucht, durch Einführung eines Bougies in die Vagina die Frucht abzutreiben. Durch wiederholtes Einführen und rohes Vorgehen ist das Bougie durch die Vaginalwand in die Blase gedrungen und hat zur Bildung einer Blasenscheidenfistel geführt. Weiter ist durch das Bougie die Vaginalwand an einer zweiten Stelle lädiert, wobei es zufällig zwischen Blase und Ureter zu liegen kam, zugleich die Ureterenwand und die Blasenwand angestochen hat, so daß sich daraus eine Ureterenblasenfistel entwickelte. Die Blasenscheidenfistel wurde operativ geschlossen, die Patientin fühlte sich vorübergehend wohl. In der Umgebung der Ureterenblasenfistel bildete sich später ein gangränöser Herd aus, der abzedierte und durch ein äußeres Trauma — inzwischen war die normale Geburt erfolgt — in die Vagina durchbrach und zu einer Ureterenvaginalfistel führte. Eine Fisteloperation in dem entzündlichen Gewebe war aussichtslos. Deshalb wurde die Nephrektomie vorgenommen, und der Erfolg war ein durchaus günstiger.

5. Die Röntgenologie im Dienste der urologischen Chirurgie; von S. Rubaschow. Verfasser weist auf die großen Fortschritte hin, die die Röntgendiagnostik des uropoëtischen Systems gemacht hat. Nicht nur die pathologischen Konkremente, sondern die Niere selbst und auch die andern Teile der Harnorgane können mittels Röntgenstrahlen zur Darstellung gebracht werden. Die technischen Hauptforderungen der Röntgenographie der Harnorgane sind ein entsprechendes Instrumentarium, gute Kompression und beiderseitige Untersuchung des ganzen uropoetischen Systems. Verfasser spricht dann eingehend über die Resultate bei den einzelnen Erkrankungen der Nieren, des Ureters und der Blase.

Bd. 1, H. 6.

1. Die Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Anfangsstadium, von H. Wildbolz-Bern. Verfasser bringt sein Referat vom internationalen medizinischen Kongreß in London 1913. Die Nieren- und Blasentuberkulose im vorgeschrittenen Stadium bietet diagnostisch und therapeutisch heute keine Schwierigkeiten mehr, anders im Anfangsstadium. Da gibt es noch Meinungsverschiedenheiten sowohl hinsichtlich der Diagnose wie auch der Therapie. Verfasser berichtet über das, was man unter dem Frühstadium versteht, über die Diagnose der Frühstadien und endlich über deren Behandlung. Obwohl die Zahl der mitgeteilten Frühoperationsresultate noch zu klein ist, um bindende Schlüsse zu erlauben, so sind die Ergebnisse der operativen Behandlung in ihrer Gesamtheit so günstig, daß man schon jetzt richtig handelt, jede sichergestellte einseitige Nierentuberkulose operativ zu behandeln.

Digitized by Google

2. Über die Insuffizienz des vesikalen Harnleiterendes, von A. Barbey.

3. Über spontane Heilbarkeit von Nierentuberkulose, von F. Harbitz.

4. Über chirurgische Behandlung der Anurie, von A. Barth-Danzig.

5. Untersuchungen über die Einwirkung von Bakterientoxinen auf den überlebenden Meerschweinchenureter, von K. Primbs. Georg Heymann-Elbing.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 14, Nr. 1.

1. Mikroskopische Blennorrhoekontrolle der Prostituierten, insbesondere in der Praxis der Berliner Sittenpolizei, von Georg Güth. Der Nachweis des Trippers ist nur durch positiven Gonokokkenbefund als erbracht anzusehen. Zirka 3700 Prostituierte sind in Berlin zur regelmäßigen ärztlichen Untersuchung verpflichtet. Diese zerfallen nach ihrer gesundheitlichen Gefährdung und Gefährlichkeit in drei Klassen, die alle zwei Wochen, jede Woche oder jede halbe Woche untersucht werden. Acht Untersuchungsärzte sind beschäftigt, die zu je vieren in zwei Dienstperioden tätig sind. Die Einführung der Gonokokkenuntersuchung hat eine starke Vermehrung der konstatierten Blennorrhoefälle zur Folge gehabt.

2. Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern, von Münch-Darmstadt. In einem Referat, erstattet in der Sitzung der beiden Schulvorstände Darmstadts am 12. Januar 1910, kommt Verfasser zu dem Vorschlag, daß man zu einer Zeit, die von den Lehrern noch näher zu bestimmen wäre, die aber nicht zu weit hinausgerückt werden dürfte, den Schülern einen ärztlichen Vortrag über Geschlechtskrankheiten und deren Verbreitung halten läßt und den Schülern ebenfalls zu geeigneter Zeit ein Merkblatt in die Hand gibt. Geschadet wird hierdurch auf keinen Fall.

3. Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur, von Fritz Loeb-München.

Bd. 14, Nr. 2.

1. Über die sogenannte „Page Bill" des Staates New York, von Frederic Bierhoff-New York. „The Page Bill" sind die gesamten Vorschläge des Gesetzes vom 25. Juni 1910. Unter den Vorkehrungen dieser Gesetze fand sich eine für die Etablierung eines separaten „Nachtgerichts für Frauen", eine weitere für die Identifizierung der Prostituierten durch Fingerabdrücke sowie auch eine für die ärztliche Untersuchung überführter Prostituierter. Ärztinnen wurden für die Untersuchungen gewählt, deren Kenntnisse völlig unzureichend waren. Das Gesetz wurde am 16. Juni 1911 definitiv aufgehoben. Nun ist wieder alles beim alten, die Straßen zeigen wieder die übliche Zahl der vagierenden Prostituierten.

2. Aus dem Sexualleben der russisch-jüdischen Studentenschaft, von Jacob Lestzinsky-Zürich. Verfassers statistische Angaben stammen von einer Enquete, die in München unter den russischen Studenten im Wintersemester 1911 veranstaltet wurde. Im ganzen ergab sich eine Zahl von 235 Personen, von denen 190 jüdischer Abstammung waren. Verheiratet waren — beantwortet wurden 187 Fragen — 10%. Geschlechtsverkehr hatten bei 179 Beantwortungen 31%. Aus folgenden Tabellen geht hervor, daß das Sexualleben von etwa 80% der Jugend im Alter von 15—20 Jahren beginnt. 56,1% benutzten die berufliche Prostitution. Von 112, die Alkohol genießen, hatten 78% außerehelichen Geschlechtsverkehr, von 69 Abstinenten nur 50%. 41% haben früher Onanie getrieben, jetzt noch 13%. 14% waren geschlechtskrank. Zum Zweck der Vergleichung sind daneben die Daten über die christliche männliche Jugend

Digitized by Google

angeführt, doch hat diese Zahl nicht so großen Wert, da die Gesamtziffer der christlichen Russen nur 45 betrug.

3. Das neue Wiener Prostitutionsreglement vom 1. Juni 1911.

Bd. 14, Nr. 3.

1. Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? von A. Blaschko. Man wird ein ziemlich korrektes Bild bekommen, wenn man die während eines Monats in die Sprechstunde Gekommenen addiert und davon die bis zum Schlusse des Monats Entlassenen abzieht. Welcher Monat gewählt wird, ist wohl gleichgültig. Dezember als Weihnachtsmonat jedoch sowie Juli und August als Reisemonat wären zu meiden. Drei Rubriken sind zu wählen: 1. weicher Schanker mit Komplikationen, 2 Tripper mit Komplikationen, 3. Syphilis. Bei der Syphilis wären folgende Unterfragen zu stellen: a) frische, b) rezidivierende inklusive Spätformen, c) angeborene. Den Fragebogen wäre eine genaue Anweisung und ebenso ein Musterexemplar hinzuzufügen. Die geeignetste Stelle für diese wichtige Statistik wäre das statistische Amt jeder deutschen Großstadt.

2. Über die sanitäre Überwachung der Prostitution in Bremen, von O. Weidanz. Verfasser spricht über die Kasernierung der Prostituierten, wie sie in Bremen seit 1878 besteht und vorbildlich geworden ist. Die Kasernierung erfolgt in der Helenenstraße. Die großen Vorteile bestehen darin, daß die Prostitution von der Straße fast ganz zum Verschwinden gebracht ist. Die ärztliche Überwachung kann in ausgiebiger Weise stattfinden. Die Mädchen werden an gute hygienische Verhältnisse gewöhnt, vor Ausbeutung von dritter Seite geschützt.

Bd. 14, Nr. 4.

1. Untersuchungen zur Frage nach der Entstehung von Taubstummheit durch die Syphilis, von Karl Beck-Heidelberg. Von drei Taubstummenanstalten haben 7,5% Insassen einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion ergeben, erwiesen sich also luetisch durchseucht. Dazu kamen eine größere Anzahl von „schwach positiven" Reaktionen. Verfasser erwartet von dem Erfolg der Therapie, mit der er zurzeit beschäftigt ist, eine gewisse Aufklärung, was für eine Rolle die Lues hierbei spielt. Wir müssen danach trachten, möglichst frische Fälle zur Behandlung zu bekommen.

2. Hygiene und Rechtsprechung, von A. Blaschko. Zum Referieren ungeeignet.

Bd. 14, Nr. 5.

1. Abiturientenvorträge für Sekundaner, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Die Belehrung der abgehenden Schüler über die Gefahren des Geschlechtsverkehrs war bisher auf die Abiturienten der Oberprima und die abgehenden Schüler der Fortbildungsschule beschränkt. Ein weiterer Fortschritt war es, als den Unterprimanern gestattet wurde, dem Abiturientenvortrag beizuwohnen. Aber das genügt nicht. Auch die mit dem einjährigen Zeugnis abgehenden Sekundaner treten in eine Freiheit, die nicht geringer ist als die des Studenten, ihre Gefährdung ist daher nicht kleiner. Auch sie bedürfen der Belehrung, natürlich muß in Anbetracht der Altersklasse ein Eingehen auf manche Einzelheiten vermieden werden. Verfasser skizziert dann den Gang eines solchen Vortrags, wie er ihn gehalten hat.

2. Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur, von Fritz Lorb-München.

Bd. 14, Nr. 6, 7 und 8.

1. Zur Kenntnis und zur Behandlung der Prostitution, ausgehend von der Prostitution in der Stadt Zürich, von E. H. Müller und E. Zürcher-Zürich. Seit-

Digitized by Google

dem 1897 die Bordelle in Zürich aufgehoben sind, ist die Prostitution in Formen gezwungen worden, welche in sanitärer und krimineller Beziehung eine Gefahr bedeuten. Über jede Dirne wird eine Zählkarte ausgefüllt. Die Hauptmenge der Dirnen ist als zugewandert aufzufassen. Die Unverheirateten betragen rund drei Viertel, ungefähr ein Fünftel entfällt auf Ehefrauen. Zwei Drittel sind 16—27 Jahre alt, die jüngste war 12, die älteste 56 Jahre. 7,8% gaben als ihren Beruf gewerbsmäßige Prostitution an, dann beteiligten sich Kellnerinnen mit 30,2%, Mägde mit 13,9% usw. Die Zahl der Geschlechtskranken weist erhebliche Schwankungen auf, 1907 betrug sie 26,2%, 1909 bei Einführung der mikroskopischen Untersuchung 45,4%. Die primäre Syphilis wird selten beobachtet, mehr als die Hälfte aller Syphilisfälle entfallen auf Mägde und Kellnerinnen. Die Zahl der Blennorrhoefälle ist größer als die Zahl der Luesfälle. Die Frequenz der Prostitution ist am größten im Sommer, sie zeigt aber auch im Frühjahr und im Herbst auffällige Steigerungen. Verfasser sprechen dann über Prophylaxe und Bekämpfung der Prostitution, ferner über die methodischen Grundsätze für die allgemeine Betrachtung des Prostitutionsproblems.

2. Geschichtliche Beiträge über die Versuche, die Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen festzustellen und zu verhüten, von Paul Richter-Berlin. Verfasser berichtet, daß es eine irrtümliche Auffassung sei anzunehmen, die Versuche, die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten festzustellen und sie zu verhüten, seien ein Produkt der letzten Jahrzehnte. Seine Mitteilungen verdanken ihre Entstehung recht interessanten Funden in den Akten des Königl. Geh. Staatsarchives in Berlin.

3. Zur persönlichen Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Max Müller-Metz. Verfasser empfiehlt ein von der Firma Gebr. Bandekor-Berlin auf seine Veranlassung hergestelltes billiges Schutzbesteck, das eine geringe Menge 10%iges Protargol sowie die Neisser-Siebertsche Desinfektionssalbe enthält, beides nur für einen einmaligen Gebrauch ausreichend. Dieses Prophylaktikum muß bei den Prostituierten zum Gebrauch für die Männer vorrätig gehalten werden, wie es in Metz seit einiger Zeit geübt wird. Ein Plakat in der Dirnenwohnung weist darauf hin.

Georg Heymann-Elbing.

The urologic and cutaneous Review.

März 1913.

1. Genaue Diagnose von Nieren und Ureterensteinen, von Charles Eastmond-Brooklyn. Die Diagnose ist selbst mit Hilfe der Röntgenographie nicht immer leicht zu stellen, da der Schatten des Steines auf der Platte übersehen werden kann, erstens durch die Lage des Patienten, zweitens durch ungenügende Vorbereitung des Patienten, das heißt ohne gründliche Reinigung des Darmes per Klysma, wodurch sich Fäkalschatten zeigen können, drittens durch die chemische Beschaffenheit des Steines: bei den allerdings seltenen Steinen aus reiner Harnsäure ist der Schatten des Steines von der Umgebung oft nicht abgrenzbar; viertens durch die Größe des Steines: dieselben sind bisweilen zu klein und zu wenig dicht (das heißt lose aus dünnen Konkrementen zusammengesetzt), so daß sie keinen Schatten auf der Platte hervorrufen; fünftens durch die Lage des Steines: diese macht allerdings nur selten Schwierigkeiten, nämlich wenn derselbe klein und weich oder über einen dicken Knoten gelagert ist, z. B. in der Blase über dem Os sacrum. Bei ausgesprochen starkem Verdacht auf das Vorhandensein von Steinen infolge der klinischen Symptome empfiehlt es sich, bei negativem Befunde neue Aufnahmen zu machen.

Ureterensteine liegen meist nicht so ungünstig; doch muß man stets bedenken, daß der Stein oft wo ganz anders liegt, als man nach den klinischen Symptomen ver-

Digitized by Google

mutet, bisweilen sogar auf der andern Körperseite. Man muß also den ganzen Urogenitaltraktus genau untersuchen.

Weitere Täuschungen können veranlaßt werden durch fremde Schatten auf dem Röntgenbilde: a) durch verkalkte Mesenterialdrüsen, besonders rechts vor dem Prozessus des vierten Lumbalwirbels; b) durch verkalkte Iliakaldrüsen, die im Becken lagern in der Gegend des unteren Endes des Ureters; c) durch Konkremente im Appendix besonders bei langem Processus vermiformis. Man muß daher eventuell die Ureteren katheterisieren und darf nicht vergessen, daß auch andere Nierenerkrankungen Schmerzen und Symptome hervorrufen können, ähnlich denen der Nierensteine. Tuberkulöse Verkalkungen sind auf der Platte meist zu unterscheiden.

Nierenbeckenveränderungen, Atrophie der Nieren, Dilatation und Hydronephrosis können vom Radiographen leicht diagnostiziert werden; ebenso wie solche Symptome von einer Reizung der Nieren hervorgebracht werden können, kann es auch durch äußere Ursachen, Druck usw. geschehen, oder es können besonders rechts von den Lymphbahnen des Darms aus Infektionen zur Niere gelangen und eine Pyelitis hervorrufen; in gleicher Weise können Darmadhäsionen, membranöse Kolitis, Stasen am Darm nierensteinähnliche Symptome hervorrufen.

Thesen: 1. Auch auf die klassischsten Symptome von Nierensteinen kann man sich nicht verlassen, um eine sichere Diagnose zu stellen. 2. Der gesamte Urintraktus muß auf das genaueste untersucht werden, ehe man eine negative Steindiagnose stellt. 3. Unter gewissen Bedingungen können Steine der Entdeckung entgehen. 4. Die Symptome können die einer echten innern Nierenerkrankung und nicht die eines Steines sein. 5. Das Kolon kann viel dazu beitragen, Symptome wie von Nierenerkrankungen herrührend herbeizuführen. 6. Die Röntgenmethode ist, wenn auch nicht unfehlbar, so doch das beste diagnostische Hilfsmittel.

2. Acne vulgaris, von William P. Cunningham-New York City. Nach einer kurzen Einleitung über das klinische Bild der Akne und die differenten Ansichten über ihr Zustandekommen meint der Verfasser, daß theoretisch, ausgehend vom Standpunkte der bakteriellen Ätiologie, mit begünstigenden Nebenumständen das beste Mittel Vakzine, und zwar Eigenvakzine wäre, wenn solche zu erlangen ist, was in den meisten Fällen nicht gelingt. Seine therapeutischen Erörterungen beginnt C., ausgehend von den das Auftreten der Akne begünstigenden Nebenumständen, mit einer Art Generalverordnungen; er bespricht zuerst die Regelung der Diät, die da, wo ein Mißbrauch irgend welcher schädlicher Genußmittel vorliegt, am leichtesten ist; man eliminiere eventuell Alkohol, Süßigkeiten, Fette, Braten, Schweinefleisch, gepökeltes Fleisch, scharfe Gewürze, Hafermehl, Tee, Kaffe usw. Ferner Anregung der gesamten Blutzirkulation durch Radeln, kalte Waschungen usw. Achten auf Nasenerkrankungen, Menstruations-Anomalien. Der Einfluß der Masturbation ist nicht leicht zu beurteilen, da man sicher in einem großen Prozentsatz von Aknefällen jugendlicher Individuen bei genauer Beobachtung finden würde, daß dieselben durch die Masturbation ihr Nervensystem und damit ihr Allgemeinbefinden schädigen.

Nach einigen Rezepten für die Regulierung der Magentätigkeit und Verdauung und zur Bekämpfung eventuell bestehender Anämie geht der Verfasser zur Besprechung der lokalen Behandlung über: Alle die Zirkulation störenden, einengenden Bänder um den Hals weglassen, nur mit kaltem Wasser und nur mit den Händen ohne Schwamm oder Stofflappen waschen, alle Puder, Cremes und Salben außer den vom Arzt verordneten weglassen. C. empfiehlt als sehr brauchbar, die sogenannte Lotio alba (Kal. sulphurat. 4,0, Zinc. sulphat. 4,0, Aqua rosarum ad 120,0) zweimal täglich mit einem weichen Tuch einzureiben und eintrocknen lassen. Die Lotio hat eine exfoliierende und antisep-

Digitized by Google

tische Wirkung; bei hartnäckigen Fällen muß die Konzentration des Schwefels erhöht werden. Für sehr indurierte Formen empfiehlt der Verfasser als sehr wirksam Sulf. praecip. 4,0, Aeth. sulf. 6,0, Spiritus vin. rect. ad 120,0. Komedonen sollen ausgepreßt, kleine Abszesse gespalten werden, oder man streicht sich eine Schaumschicht von Sandseife und darüber die Lotio alba, läßt das über Nacht liegen und früh abwaschen.

3. Nierentuberkulose, von Wilhelm Karo-Berlin. Die frühere Ansicht, daß die Nierentuberkulose quasi das Endstadium einer aszendierenden Tuberkulose sei, hat eine wesentliche Änderung erfahren, indem man heute fast allgemein überzeugt ist, daß es eine hämatogene Infektion ist, die, an erster Stelle in den Nieren lokalisiert, durch den Ureter deszendierend zur Blasentuberkulose führt, da man fast nie eine Blasentuberkulose ohne Nierentuberkulose findet. Das erste Symptom pflegt eine allmählich sich steigernde Dysurie zu sein, besonders während der Nacht, die erst beim Mitergriffensein der Blase sich zu starkem Brennen beim Urinieren erhöht; oft besteht ein leichtes Unbehagen in der Nierengegend, bisweilen auch ganz plötzliche kolikartige Schmerzen daselbst wie beim Vorhandensein eines Steines.

Die Diagnose wird gestellt durch genaue mikroskopische Untersuchung des zentrifugierten Urins; findet man keine Bazillen, so bleibt noch übrig, Affen, und zwar am besten in die Leistendrüsen zu impfen; der Impferfolg wird nur dann negativ ausfallen, obwohl Bazillen vorhanden sind, wenn dieselben sich auf einen ganz kleinen Herd in der Niere beschränken, der mit den Glomeruli nicht in Verbindung steht, oder, wenn der Ureter der tuberkulös erkrankten Niere verstopft ist und der aufgefangene Urin aus der gesunden Niere stammt. Als wichtiges Hilfsmittel für die Diagnosenstellung bespricht Karo die Tuberkulinreaktion; da die Pirquetsche Kutanreaktion nur bei Kindern zutrifft, er über die Morosche Salbenreaktion keine Erfahrungen hat, die Konjunktivalreaktion oft im Stiche läßt oder gar irre führt, so betont er die Wichtigkeit der subkutanen Tuberkulinreaktion, die neben der Allgemeinreaktion oft durch die lokale Reaktion bisher verborgene Herde aufdeckt.

Bei der Besprechung der Therapie geht der Verfasser von dem Grundsatz aus, daß keineswegs alle Fälle von vornherein chirurgisch zu behandeln sind. Da, wo bereits verkäste Herde in der Niere und die Gefahr bestehen, daß von der Niere aus die Ureteren und die Blase infiziert werden, ist die Exstirpation der erkrankten Niere unbedingtes Erfordernis. Dagegen ist im frühen Stadium der Erkrankung sehr wohl zu überlegen, ob nicht das konservative Verfahren einer sachgemäßen sorgfältigen Allgemeinbehandlung den chirurgischen Eingriffen vorzuziehen ist. Bedingung dafür ist natürlich genaue Kontrolle des Patienten von Zeit zu Zeit und eventuell eine Wiederholung der Kur.

4. Primäre Blasennaht, von Harvey Adams Moore-Indianapolis. Moore plädiert sehr für primäre Naht der vorderen Blasenwand bei Operationen, bei denen man es nicht mit einer infizierten Blase zu tun hat. Als natürliches Dränrohr wird die Urethra benutzt mit einem Katheter, dessen Ohr genügend weit ist, um Blutgerinnsel und Schleim durchzulassen. Nach dem Verschluß der Blase finden Irrigationen mit Borsäurelösung statt, wobei man sich aber vor jeder übermäßigen Dehnung der Blase hüten muß.

5. Angeborenes Blasendivertikel mit kontraktilem Sphinkteren-Orifizium, von Leo Buerger-New York. Zum Referieren nicht geeignet.

6. Die Behandlung der Prostata, von G. Morgan Muren-New York. Nach kurzer Besprechung über die Zweckmäßigkeit eines operativen Eingriffs bei Prostatikern geht der Verfasser dazu über, sich über die Vorteile und Nachteile der beiden Methoden: suprapubische oder perineale Operation zu äußern. Er selbst ist entschiedener Anhänger

Digitized by Google

der perinealen Operation, obwohl er zugibt, daß dieselbe die technisch schwierigere ist; denn er meint, daß bei der suprapubischen Methode die Gefahr der Ansiedlung von Bakterien größer, die Dränage schwieriger und damit die Infektion leichter sei. Trotzdem man jetzt im allgemeinen dazu neigt, bei kleiner, fibröser Prostata auf perinealem Wege, bei großer und weicher Prostata auf suprapubischem Wege vorzugehen, will Murrn seiner Methode unter allen Umständen treu bleiben.

7. Vorzüge des Hydrargyrum benzoatum, von Glifford B. Sweeny-Pittsburgh. Als Einleitung behandelt der Verfasser mit einigen Worten die besonders von den Franzosen und Engländern befürwortete Methode, den Syphilitikern Hg. per os einzuverleiben, und im Anschluß daran gibt er einen Überblick über die Vor- und Nachteile der Inunktionskuren, um endlich zur Besprechung der Licht- und Schattenseiten der Injektionsmethoden zu gelangen. Bei letzteren ist der Patient gezwungen, regelmäßig zum Arzt zu kommen, und die dadurch ermöglichte Kontrolle über die Fortschritte (eventuell auch Schädigungen) im Befinden des Patienten sind sehr wertvoll. Die Methode ist sauber, genau in bezug auf die Dosierung, führt nur selten zu Verdauungsstörungen, läßt in der Einzeldosis den weitesten Spielraum und ist die kürzeste. Als Schattenseite nennt der Verfasser zunächst nur die häufige und nicht zu unterschätzende Schmerzhaftigkeit bei den Injektionen, die oft groß genug ist, um den Patienten die Methode zu verekeln und bei Bildung von Infiltraten auch die genaue Berechnung der Dosierung zu erschweren. Von den vielen zur Injektion empfohlenen Präparaten steht nach Ansicht des Verfassers in bezug auf Wirksamkeit und Schmerzhaftigkeit in erster Reihe das Kalomel, dann folgen bald graues Öl und Sublimat; von dem Hg succinimid. hat der Verfasser keine Vorzüge gesehen, das Hg salicyl. ist verläßlicher, führt aber auch oft zur Bildung von schmerzhaften Knoten; dagegen hat der Verfasser von dem Hg benzoat. (1%ige Lösung in Wasser mit 2,5% Kochsalz) zwar auch Schmerzen und Infiltrate, aber auch klinisch die besten Wirkungen gesehn. Allerdings war das gewöhnlich käuflich zu erhaltende Hg benzoat. ungeeignet; aber frisch bereitet in einer Lösung mit steriler Lymphe eines gesunden Ochsen hatte es alle Vorzüge; das Präparat ist farblos, hält sich in dunkeln Flaschen sehr lange, ist reizlos, wird sehr schnell und vollständig resorbiert und hat erstaunlich schnelle Wirkungen. Sweenys Erfahrungen erstrecken sich über sechs Jahre. Im ersten und zweiten Stadium der Lues gab er täglich eine, später immer über den andern Tag eine Injektion, 60 Tage lang; bei Lues III waren bisweilen drei Monate erforderlich. Vorsicht bei Zahnfleischerkrankungen! Die Injektionen werden subkutan (nicht intramuskulär), eventuell zu beiden Seiten der Wirbelsäule subskapular mit feiner Nadel gemacht. Auf Grund seiner reichen Erfahrung mit der Hg-benzoat.-Lösung, die wie oben erwähnt hergestellt ist, glaubt der Verfasser den Patienten die Versicherung geben zu können, daß die Behandlung selten länger als drei Monate dauern wird, daß Magen und Darm geschont werden, und daß bei vernunftgemäßem Leben nach der Kur Rückfälle ausbleiben werden. Als Beleg bringt der Verfasser drei Krankengeschichten von Fällen, bei denen mit je einer Kur von zirka drei Monaten Dauer die schweren Erscheinungen abheilten und die Patienten jahrelang frei von Erscheinungen blieben.

8. Syphilitische Erscheinungen auf den Tonsillen, von Gustavus P. Head-Chicago. Head hatte Gelegenheit, einige Fälle von Syphilis zu beobachten, in denen der Primäraffekt nicht diagnostiziert, respektive übersehen worden war, und die nun mit Erscheinungen an den Mandeln in Behandlung kamen, deren Diagnose erst durch Wassermann-Reaktion möglich wurde. Solche Patienten sind eine besonders große Gefahr für ihre Umgebung, und deshalb macht der Verfasser darauf aufmerksam, daß man in Fällen von subakuter Tonsillitis (mit geringem oder gar keinem Fieber), die in

Digitized by Google

ein bis zwei Wochen auf die gewöhnliche Therapie nicht abheilen, darauf achten solle, ob etwa eine latente Lues dahinter stecke.

April 1913.

1. Über den Heilwert der Quecksilberinunktionsmethoden bei der Behandlung der Syphilis, von Xavier de Watraszewski-Warschau. Die Tatsache, daß wir vorderhand — und wohl in absehbarer Zeit überhaupt — noch nicht das Hg (und auch das Jod) aus unserm therapeutischen Arzneischatz im Kampfe gegen die Syphilis werden entbehren können, veranlaßt de Watraszewski, wieder einmal die Frage aufzurollen, welcher Weg der Einverleibung des Hg: „per os, durch Inunktion oder durch Injektion" führt am wirksamsten zum Ziele? und welches sind die Vorzüge, resp. Nachteile der drei Methoden. Der intestinale Weg hat sich wegen der milden Wirkung auf die Krankheit und der trotzdem damit verbundenen Gefährdung des Magen- und Darmtraktus fast nur noch in Frankreich erhalten, und dort auch nur durch die Autorität eines Dupuytren, Ricord und Fournier, während es sonst fast ganz allgemein selbst mit den modernen Mitteln (Hg tannic., Mergal usw.) verlassen worden ist.

Bei dem historischen Rückblick über die beiden andern Methoden rühmt der Verfasser die Verdienste Sigmunds, der die infolge unverständiger Anwendung in Mißkredit gekommenen Hg-Einreibungen der Vergessenheit entriß und durch sorgfältiges Studium der Wirkung und Dosierung sowie der Vermeidung der eventuell entstehenden Schädigungen (Stomatitis usw.) wieder zu Ehren brachte. Was Sigmund für die Inunktionsmethode, leistete für die Injektionsmethode Hunter und besonders Lewin, die zuerst subkutane Sublimatinjektionen einführten, denen dann eine Unzahl andrer Präparate für die hypodermatische Einverleibung folgten; Hg oxydat. flav.; Kalomel; Hg salicyl., graues Öl usw. Genaue Dosierung der Medikamente, Sauberkeit der Kur, wodurch dieselbe peinlicher durchführbar ist, haben im Moment der Injektionsmethode mehr Anhänger zugeführt, obwohl die große Wirksamkeit der Einreibungskuren, besonders in Orten mit Schwefelquellen, in denen durch die Bäder der Stoffwechsel angeregt und beschleunigt wird, so daß größere Mengen Hg verrieben werden können, keineswegs zu unterschätzen ist.

In einer 30jährigen Erfahrung, während welcher der Verfasser in den ersten 15 Jahren beiden Methoden gleiche Aufmerksamkeit zuwendete, hat er sich in den letzten 15 Jahren dazu bekehrt, eine nach allen Regeln durchgeführte Schmierkur für das geeignetste Vorgehen gegen die Syphilis zu halten, weil diese Methode bei gleichgroßer Wirksamkeit, für die Patienten die geringsten Inkonvenienzen hat und den Gesamtorganismus am wenigsten angreift. Mit beredten Worten schildert der Verfasser, wie bei gleichgroßem Heileffekt beider Kurmethoden die Patienten nach der letzten Einreibung gesund, frisch und blühend sich befinden, während am Schlusse der Injektionskur die meisten Patienten sich elender fühlen als am Beginn und sich erst von der Kur erholen müssen. Dazu kommt, daß nach Watraszewskis Beobachtungen von 100 Fällen, die durch Inunktionen behandelt waren, 85 negative oder fast negative Wassermannsche Reaktion zeigten und 15 positiv blieben, während nach Injektionsbehandlung die Wassermannsche Reaktion in 75% + blieb, in 10% unbestimmt war und nur in 15% negativ wurde.

Wenn es nun nicht gelungen ist, der Inunktionsmethode das Bürgerrecht zu verschaffen, liegt das daran, daß die Methode unsauber und bei nicht guter Duchführung fast ekelerregend wird, indem sie Dermatitis und Stomatitis zeitigt, die mit ihren Inkonvenienzen den Patienten unbequem und gesundheitsschädlich werden. Das liegt aber, wie der Verfasser polemisierend gegen die französischen Verfasser sagt, nur an der

Digitized by Google

fehlerhaften Durchführung der Kur, wie sie selbst von ersten Autoritäten angegeben wird. Deswegen gibt der Verfasser eine eingehende Vorschrift, wie die Inunktionen vorgenommen werden sollen, wie die Mundpflege einzurichten ist. Er weicht darin von der bei uns üblichen Methode nicht ab. Als Präparat empfiehlt er entweder Hg-Resorbin oder Hg-Vasogen; als Dosierung je nach dem Falle 30—40 Einreibungen à 2—3 g. Als beste Kontrolle dient das Körpergewicht, fängt der Patient an abzunehmen, so ist das oft der Vorbote beginnender Hg-Intoxikationserscheinungen (Schlaflosigkeit, nervöse Unruhe, Salivation, Stomatitis). Der Vorwurf ungenauer Dosierung trifft bei der Injektion unlöslicher Salze mindestens ebenso zu. Der Gefahr der Stomatitis kann durch sorgfältige Mundpflege begegnet werden.

2. Das Wichtigste bei Harnanalysen bei Diabetes mellitus mit einigen Bemerkungen über die Bedeutung der so erhaltenen Resultate, von T. Stuart Hart-New York City. Die Arbeit eignet sich für uns nicht zum Referieren, da es sich nur um Stoffwechselfragen beim Diabetiker und um Diätregulierung handelt.

3. Akute septische Infektion der Niere und ihre chirurgische Behandlung, von Eugen Joseph-Berlin. Der Verfasser teilt die in Betracht kommenden Nierenerkrankungen nicht nach ätiologischen Gesichtspunkten in deszendierende und hämatogene ein, sondern bespricht nach der Lokalisation des Prozesses 1. die paranephritischen Abszesse und 2. die Pyelonephritis. Die erste Erkrankungsform hält Hart für die mildeste Form einer Pyämie, wenn der Abszeß nicht so tief sitzt, daß sich der Eiter eventuell in das Nierenbecken entleert und zu einer Pyelitis führt. Oft hat man zur Diagnose keinen andern Anhalt als die Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend; bei unklarem, septischem Fieber, nach genauer Untersuchung der Knochen, Gelenke und der Tonsillen bei bestehender Schmerzhaftigkeit resp. Druckempfindlichkeit in der Nierengegend hält der Verfasser auch bei normalem Urin und dem Fehlen äußerer Entzündungsmerkmale (Rötung oder Schwellung) die Inzision für geboten.

Er belegt das ebenso durch Krankengeschichten, wie er durch zwei Krankengeschichten zu erhärten sucht, daß man zwei Formen von Pyelonephritis gibt, die klinisch fast gleichartig sind und doch anderes therapeutisches Eingreifen erfordern: nämlich 1. eine Form, bei der nur eine entzündliche Infiltration des Parenchyms vorliegt, während in der zweiten Form oft schon multiple Eiterherde vorhanden sind. Im ersten Falle kann man sich abwartend verhalten, die Niere mit Silberlösungen durchspülen, Wildunger trinken lassen und eventuell kleine Mengen Jodoformglyzerin in die Blase geben; bei der zweiten Form ist chirurgisches Eingreifen, sei es Inzision, sei es Exstirpation — sofort erforderlich; in dem Falle des Verfassers war nach der Nephrotomie die erkrankte Niere vollkommen nekrotisch geworden infolge der Infektion ohne weitere Eiterung, bildete aber für die zweite Niere eine so große Gefahr, daß man nach drei Jahren zur Exstirpation schreiten mußte.

Zum Schlusse warnt der Verfasser davor, Bakteriurie stets nur als eine Folge der Infektion des Urogenitaltraktes anzusehen; dieselbe kann unter Umständen neben den andern schweren Symptomen (hohes Fieber, Prostation usw.) ein Zeichen einer schweren Allgemeininfektion im Organismus sein.

4. Prostataabszesse, von James Allmond-Jaxonville. Prostataabszesse werden nach der Ansicht des Verfassers oft übersehen resp. nicht diagnostiziert, weil das Fieber — das Kardinalsymptom für jede Eiterbildung im Organismus — oft nur in kurzem Frösteln besteht mit schnell vorübergehender Steigerung der Temperatur, die in kurzer Zeit zur Norm abfällt, trotzdem der Vereiterungsprozeß noch fortschreitet. Die Prostataabszesse kommen zumeist von einer Infektion der Urethra auf dem Wege durch die Drüsengänge zustande, nur selten durch eine Verletzung der Membran, der Pars pro-

Digitized by Google

statica urethrae; es findet gewöhnlich spontan eine Abnahme, resp. eine Begrenzung des destruktiven eitrigen Prozesses statt, so daß derselbe fast nie zu große Dimensionen annimmt. Die Symptome sind sowohl konstitutionell wie lokal sehr variabel und beginnen zumeist mit häufigerem, schmerzhaftem Urindrang, verbunden mit verschieden starker bis zu völliger Retention; dann folgen Gefühl von Schwere am Perineum, Schmerzen und Brennen im Mastdarm, besonders beim Stuhlgange; der Urin wird trübe und enthält Eiter, Blut und Albumen nach einem Durchbruch des Abszesses in die Urethra. Die Diagnose läßt sich nur durch Palpation mit dem Finger vom Rektum aus und Gegendruck von außen stellen; Fluktuation ist selten nachweisbar. Alle Symptome steigern sich oft bedrohlich, wenn es zu einer ausgedehnten Phlegmone kommt; in diesen Fällen entleert sich — ohne rechtzeitigen chirurgischen Eingriff — der Eiter oft in das Rektum oder in die umliegenden Gewebe des Perineums; selten kommt es zum Durchbruch in die ischiorektalen oder prävesikalen Räume oder direkt in die peritoneale Höhlung, was fast stets den Tod zur Folge hat. Ebenso ernst ist es, wenn es zu einer Phlebitis mit Thrombose und folgender Pyämie kommt. Der häufigste und glücklichste Ausgang ist der Durchbruch der Abszesse in die Urethra oder — wenn dieselben nahe der Rektalwand liegen — ins Rektum; es folgt dann zumeist nach Entleerung von Blut und Eiter sofortige Besserung. Sonst kann es ohne chirurgischen Eingriff zu einer völligen Zerstörung der Drüse und einer großen, eiternden Höhlung kommen, oder zur Bildung einer Urethralfistel am Perineum und eventuell zu einer Hodenentzündung.

Die Schwere des Prozesses hängt, wie fast stets, ab von der Virulenz der Mikroorganismen, der Menge der absorbierten septischen Stoffe und der Widerstandsfähigkeit der Gewebe.

Bei weitem am häufigsten kommen Prostataabszesse zustande durch Infektion — und zwar fast stets durch blennorrhoische — der Urethra; doch glaubt Allmond, daß zu der Virulenz der Gonokokken noch begünstigende Momente hinzukommen müssen, wie: Trauma und geringe Widerstandsfähigkeit der Gewebe oder eine Mischinfektion durch unsaubere Spritze oder Sonde oder nicht sterile Injektionsflüssigkeit; diese letzteren Momente können auch ohne vorhandene Blennorrhoe zu Prostataabszessen führen ebenso wie Steine oder andere Fremdkörper, welche die Urethra verletzen oder Infektion von der Niere, der Blase oder dem Rektum aus (z. B. bei Fisteln, Fissuren usw.). Tuberkulöse Prostataabszesse sind sehr selten und gehen meist von primärer Tuberkulose, der Niere oder Blase oder Epididymis aus.

Die Behandlung ist Sache der Chirurgen. Eine bestimmte Indikation, auf welchem Wege die Eröffnung der Abszesse erfolgen soll: auf urethralem, perinealem oder rektalem, ist nicht prinzipaliter festzustellen, sondern hängt meist von der Lage der Abszesse ab. Jede Methode hat ihre Vorzüge und Nachteile und unter den Chirurgen ihre Anhänger.

5. Hinweise auf Urologie und Urologen in London, von Clarence Martin-Saint-Louis. Der Verfasser setzt auseinander, warum für Amerikaner, die Urologie lernen wollen, London nur dann der richtige Platz ist, wenn sie persönliche Beziehungen zu den Leitern der Krankenhäuser haben. Sonst ist das Studium in Berlin und Wien vorzuziehen.

6. Ein schwerer Fall von tückischer Syphilis mit tödlichem Ausgange, von Louis Jullien-Paris. Krankengeschichte: Ein Mann zieht sich im Alter von 25 Jahren einen Schanker zu, der ganz harmlos aussieht, von seinem Arzte als nicht sicher syphilitisch diagnostisch wird; trotzdem er keinerlei Folgeerscheinungen hat, nimmt der Patient zur Beruhigung seines Gewissens 120 Pillen. Ein Jahr später heiratet er.

Digitized by Google

Frau gesund, vier gesunde Kinder, von denen nur das erste an einer Kinderkrankheit stirbt. Der Patient treibt Sport, arbeitet geistig und körperlich angestrengt bei bestem Wohlbefinden. 20 Jahre später tritt im Anschluß an eine Überanstrengung bei einem Ausfluge wohl im Zusammenhang mit einem seit längerer Zeit bestehenden, etwas vernachlässigten Schnupfen, eine Perforation des rechten Trommelfells mit bald darauffolgender Ertaubung ein; kurz darauf dieselbe Erkrankung links mit fast völliger Herabsetzung des Hörvermögens.

Als JULLIEN den Patienten zum ersten Male sah, bestand außerdem am Gaumen eine große Perforation und beiderseitige Fazialisparalyse. Es wurde eine Kalomelinjektion gegeben, fünf Tage später plötzlicher Tod wohl infolge Erstickung durch ein Knochenstückchen des nekrotischen Gaumens.

Also: nach 20 Jahren Wohlbefinden bildet sich unglaublich schnell eine doppelseitige Labyrintherkrankung mit Gaumenperforation und beiderseitiger Fazialisparalyse ohne irgend ein vorhergehendes Moment aus.

Mai 1913.

1. Transplantation von Rippenknorpel in gestielte Hautlappen. Eine experimentelle Studie von JOHN STAIGE DAVIS-Baltimore. Um zur Transplantation bei Hautdefekten Material vom Menschen verwenden zu können, das auf beiden Seiten Hautoberfläche hat, stellte der Verfasser zunächst Versuche an, indem er Rippenknorpel benutzte, die er nach sorgfältiger Desinfektion in gestielte Hautlappen einrollte und dann transplantierte. Seine an Hunden angestellte Versuche, auf deren Technik hier nicht näher eingegangen werden kann, ergaben sehr ermutigende Resultate: Der transplantierte Knorpel zeigte weder makroskopisch noch mikroskopisch Zeichen von Absorption oder Degeneration, wurde von den Gefäßen der Transplantationsstelle gut ernährt und zeigte nur eine ganz geringe Schrumpfung. DAVIS verspricht sich sehr gute Resultate von seiner Methode für plastische Operationen am Ohr und der Nase speziell bei der Sattelnase.

2. Ein Fall von syphilitischer Chorioiditis und Retinitis bei negativen WASSERMANNschen Reaktionen, von J. H. WOODWARD-New York City. Die Krankengeschichte eines Falles, bei welchem klinisch zunächst das Bild einer Chorioiditis und Retinitis auf dem rechten Auge vorhanden war und sich allmählich die Erkrankung auch auf dem linken Auge entwickelte. Im Laufe von $^3/_4$ Jahren erblindete das rechte Auge total, links ging die Sehkraft so zurück, daß der Patient nicht mehr allein gehen konnte. Um das linke Auge zu retten, entschloß sich der Verfasser zur Exstirpation des rechten. Von einer luetischen Infektion war nichts bekannt. Es wurde dreimal die WASSERMANN-Reaktion gemacht und fiel dreimal negativ aus; trotzdem bestand der Verfasser darauf, daß der Patient in möglichst hohen Dosen Jodkalium nahm, und unter dieser Medikation wurde im Laufe von sechs Monaten die Sehkraft des linken Auges normal, die verschwundene Pupillenreaktion auf Licht trat wieder ein, und Patient konnte seinem Berufe wieder nachgehen. WOODWARD publiziert diesen Fall, um von neuem zu beweisen, daß dem negativen Ausfalle der WASSERMANN-Reaktion kein zu großer Wert beizumessen sei, und daß man sich in seinem therapeutischen Vorgehen dadurch nicht bestimmen lassen dürfte.

3. Operative Behandlung von Haut- und Schleimhauterkrankungen mittels Elektrizität, von W. KOWSLEY SIBLEY-London. Die elektrischen Behandlungsmethoden, die in neuerer Zeit an Stelle der chirurgischen, operativen Eingriffe getreten sind, teilt der Verfasser in vier Gruppen: 1. Elektrolyse, 2. Ionisation, 3. Hochfrequenzstrombehandlung, 4. X-Strahlen. Für jede dieser vier Methoden beschreibt der Verfasser

Digitized by Google

die Technik, die Indikation und die Vorzüge und gibt so ein anschauliches Bild für die Anwendung der Elektrizität bei der Therapie der Hautkrankheiten. So gibt der Verfasser als Indikation für die Elektrolyse an: die Zerstörung von Nävi, Warzen, kleinen oder größeren benignen Tumoren, Entfernung von Staren usw. Die Ionisation kommt besonders in Betracht bei nicht exulzerierten Lupusherden und Warzen. In das Behandlungsgebiet mit Hochfrequenzströmen gehören neben Fisteln und Fissuren am Anus auch Hämorrhoiden und von Dermatosen die seborrhoischen Erkrankungsformen, Akne, Alopezie, chronische Ulzera und besonders der Pruritus ani et vulvae; bei dieser Crux medicorum hat der Verfasser besonders gute und schnelle Erfolge zu verzeichnen. Für die X-Strahlen endlich kommen in Betracht fast alle chronischen Hautkrankheiten (z. B. Psoriasis), besonders aber tuberkulöse (inklusive Drüsenbehandlung) und alle Hauttumoren (Kankroide, Mykosis fungoides usw.). Der Verfasser gibt für die Strahlenbehandlung ein Schema an für die Dosierung bei den einzelnen Krankheitsgruppen; dasselbe sowie die Technik und Gefahren der Methoden kann hier nicht besprochen werden.

Zum Schluß erörtert der Verfasser die Frage, wie weit wissenschaftliche Erwägungen der praktischen Anwendung der Methode zugrunde liegen.

Die Arbeit enthält für jeden Dermatologen wertvolle Winke und kann trotz des etwas weit getriebenen Enthusiasmus dringend zur Lektüre empfohlen werden.

4. Bemerkungen über ungewöhnlich schwere Formen von Syphilis, von Charles F. Marshall - London. Marshall versucht zunächst den Begriff der „Syphilis maligna" festzustellen, der bisher wohl infolge des seltenen Vorkommens dieser Form in Europa noch immer nicht fest abgegrenzt ist. Er versteht unter maligner Lues diejenigen Fälle, in denen es schon im ersten Jahre nach der Infektion zu geschwürigen Prozessen oder Manifestationen mit der Neigung zu rapidem Zerfall und Nekrotisierung der Gewebe kommt, und die der gewöhnlichen Therapie trotzen oder sofort rezidivieren. Den Ausdruck „Syphilis gravis" will Marshall aufgespart haben für Fälle von Syphilis, die sonst ernsthaft erkrankte Individuen (Diabetiker, Tuberkulöse usw.) treffen.

Ob das ätiologische Moment nun an dem Individuum, das erkrankt, oder an der Art des Virus liegt, ist eine offene Frage. Was die erste Möglichkeit betrifft, so gibt der Verfasser der Erwägung Raum, daß, je jungfräulicher der Boden ist, um so maligner die Erkrankung. In bezug auf das Virus erwähnt der Verfasser die beiden Theorien, daß es entweder eine besondere Art Spirochäten sein müßte, die die maligne Infektion hervorruft, oder daß es sich um eine Mischinfektion handle. Vielleicht bewirkt das Zusammentreffen beider Momente — besonderer Boden und besonderes Virus — den malignen Charakter. Die Prognose hält der Verfasser für günstig.

In bezug auf die Therapie sind die Ansichten noch sehr geteilt. Marshall meint, daß in der Hauptsache die Behandlung von maligner Lues zunächst mehr tonisierend und stimulierend als antisyphilitisch sein müßte. Im übrigen erhofft der Verfasser eine Erweiterung unserer Kenntnisse durch Forschung in den Ländern, wo maligne Lues sehr häufig vorkommt, das ist in Südafrika.

5. Die Folgen der am Kollikulus lokalisierten Entzündungen der Urethra posterior, von Paul Orlowski-Berlin. Die Entzündung des Kollikulus kann nach dem Verfasser vollkommen unabhängig von Blennorrhoe oder Prostatitis zustande kommen und ist meist die Folge übler sexueller Gewohnheiten (Coitus interruptus usw.); sie führt ihrerseits leicht zur Impotenz oder prämaturer Ejakulation. Durch übermäßige oder zu häufige Dehnung und Abschwellung der Gefäße (kein Orgasmus) kommt es zu dauernd entzündlichen Reizen und infolge davon im Laufe von Monaten oder Jahren zu einer Hypertrophie des Kollikulus, wodurch dann ein fortgesetzter Druck auf die Ganglien des Kollikulus hervorgerufen wird; durch Irradiation nach dem Lumbalmark kommen

Digitized by Google

die nervösen Störungen des Allgemeinbefindens zustande. Diese Zirkulationsstörungen der Urethra posterior rufen einen leichten schleimigen Ausfluß hervor, und die eigentliche Quelle der Krankheit bleibt jahrelang verborgen unter der Diagnose „postblennorrhoischer Katarrh, nicht spezifische Urethritis, Prostatorrhoe usw.“. Diese Fälle, in denen der Patient über Brennen in der Harnröhre klagt und über Ejaculatio praecox, heilen auf Behandlung der Urethra posterior mit 20%iger Argent. nitr.-Lösung und Kauterisation des Kollikulus.

Der Verfasser illustriert seine Ausführungen durch einige beigefügte Krankengeschichten. Eventuell kann es durch die Ductus ejaculatorii zu einer Entzündung der Blase und Prostata, ja auch des Hodens kommen. Eine Eventualität, von der der Verfasser zugibt, daß sie auch infolge der von ihm geübten Behandlungsmethode sich ereignen kann; doch glaubt er, daß angesichts seiner glänzenden Erfolge man diese Gefahr mit in den Kauf nehmen müsse.

Daß infolge der Mitbeteiligung des Zentralnervensystems sehr oft auch eine psychische Therapie — bisweilen nur eine solche — erforderlich ist, setzt Orlowski ausführlich auseinander. Lasch-Breslau.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 4, Nr. 3. 15. September 1913.

1. Die Anwendung von Radium beim Prostatakrebs, von O. Pasteau und Degrais. In einer längeren, zu kurzem Referate nicht geeigneten Arbeit besprechen die Verfasser das Prostatakarzinom und seine Behandlung. Speziell gehen sie dann auf die Radiotherapie ein, besprechen die Radiumträger, die Technik der Anwendung, Vorbereitung der Kranken, Dauer und Wiederholung der Sitzungen, die Folgen der Bestrahlung und die notwendigen Vorsichtsmaßregeln. Sie haben gefunden, daß Radium auf den Prostatakrebs in sicherer Weise einwirkt. Man kann es auf operativem Wege einführen, durch die Blase oder vom Perineum aus, oder per vias naturales, Rektum oder hauptsächlich Urethra. Diese Behandlungsmethode kann ein inoperables Karzinom derart beeinflussen, daß die Prostatektomie ohne Gefahr vorgenommen werden kann. In anderen Fällen bewirkt sie das Sistieren der Hämaturie und manchmal auch das völlige Verschwinden des Tumors und gewisser Drüsenmassen.

2. Bildung einer neuen Blase nach totaler Zystektomie wegen Krebs, von Georges Lemoine. Verfasser hatte bei einem Kranken wegen Karzinoms die Blase reseziert; wegen eines Residives exstirpierte er sie völlig und implantierte die Ureteren in das Rektum. Der Harnabgang funktionierte, der Urin war normal, der Kranke erholte sich. Wegen der ständigen Gefahr einer Infektion der Harnwege vom Darme aus versuchte Verfasser die Bildung einer neuen Blase aus dem Rektum. Dieses wurde in der Höhe des Promontoriums durchtrennt und vernäht. Das Perineum wurde inzidiert, das untere Rektum etwas abgelöst und das mobilisierte S romanum in der Wunde fixiert. Das untere Rektum, das die Uretermündungen enthielt, wurde von der Urethra aus dräniert. Allein das mobilisierte Colon sigmoideum hielt nicht in der Sakralwunde, retrahierte sich, und trotz aller Bemühungen starb der Kranke. Bei der Sektion fanden sich alte nephritische Veränderungen.

3. Nephrostomie zur dauernden oder vorübergehenden Harnableitung, von Jean Pakowski. Verfasser bespricht unter Beibringung von Krankengeschichten eingehend die Ausführung der Nephrostomie und die darin notwendigen Rezipienten. Dann erläuterte er die anderen Ableitungsmethoden: Ureterostomie, Einpflanzung des Ureters in die Harnröhre, in die Vagina oder den Darm und Pyelostomie. Der Artikel wird fortgesetzt.

Digitized by Google

4. Ureterovaginale Fistel nach Hysterektomie durch Dauerkatheter geheilt, von André Boeckel. Die 45jährige Patientin litt seit einem halben Jahre an heftigen Metrorrhagien, als dessen Ursache ein Karzinom der Portio entdeckt wurde. Da der Uteruskörper völlig normal und beweglich war, wurde die totale Hysterektomie vorgenommen. Am 18. Tage nach der Operation entleerte sich Urin aus der Scheide, und man fand bei der Zystoskopie, daß der linke Ureter keinen Urin entleerte. Nach mehreren vergeblichen Versuchen gelang es, einen Ureterenkatheter einzuführen, der liegen gelassen wurde. Durch methodische Einführung von Dauerkathetern und Nierenbeckenspülungen gelang es, innerhalb 14 Tagen die Fistel zur Verheilung zu bringen. Verfasser empfiehlt das Verfahren angelegentlich.

5. Nephrektomie ohne Dränage wegen Nierentuberkulose, von Jack Mock. Der 36jährigen Patientin wurde wegen Tuberkulose die rechte Niere entfernt; die Wunde wurde sofort geschlossen und heilte glatt zu. Die Diagnose konnte erst gestellt werden, nachdem durch voraufgegangene Behandlung der Blase der Ureterenkatheterismus möglich geworden war.

6. Instrumentarium und Technik der hinteren Urethroskopie, von Robert Henry. In Fortsetzung seiner Arbeit bespricht Verfasser die zur Urethroskopie notwendigen Vorbereitungen: Vorbereitung des Kranken und des Operationsfeldes, Untersuchungstisch, Beleuchtung und Anästhesie. Dann erörtert er eingehend die Technik der Urethroskopie mit einem Instrumente sowohl mit, wie auch ohne Optik. Den Beschluß bilden die endoskopischen Eingriffe.

7. Der Wert unserer Waffen gegen den Gonokokkus, von Jules Janet. Nach Verfassers Ansicht ist die antiseptische Behandlung des Trippers allen übrigen Methoden überlegen. Denn es soll nicht die Aufgabe der Therapie sein, alle Gonokokken in loco aufzusuchen und abzutöten, sondern bloß die oberflächlichen Kolonien zu vernichten und die Weiterverbreitung zu verhindern. Dann werden die tiefsitzenden Gonokokken durch die natürlichen Schutzkräfte des Körpers getötet. Deshalb ist auch die übermäßige Anwendung der mechanischen und instrumentellen Therapie zu verwerfen.

8. Eine klinische und therapeutische Bemerkung zur tuberkulösen Zystitis, von L. Boulanger. Verfasser hat die Beobachtung gemacht, daß 60% aller Kranken mit tuberkulöser Zystitis ihre Blase nicht völlig entleeren, so daß 10—40 ccm Residualharn verbleiben. Daraus erklärt er sich die verschiedene Wirksamkeit der Behandlung bei verschiedenen Kranken. Man soll deshalb mit dem Grundsatze, bei der bazillären Zystitis nicht zu katheterisieren, brechen und vor den therapeutischen Instillationen stets den Residualharn entleeren. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über den Wert der Autobiographien sexuell Perverser, von J. Sadger-Wien. (Fortschr. d. Med., 1913, Nr. 26—28.) Sadger mißt der mit epischer Breite und sehr selbstgefällig abgefaßten Autobiographie eines sexuell perversen Mannes eine größere Bedeutung bei, als er selbst es in anderen Fällen zu tun pflegt, weil er in den Schilderungen, auch wenn dieselben zeitlich auseinanderliegen, nie Widersprüche im Zusammenhang findet und glaubt, das Wachsen und Wiederaufleben der Erinnerungen bei dem Patienten genau verfolgen zu können. Ferner hat er eine gewisse Kontrolle, da der

Digitized by Google

betreffende Homosexuelle schon früher in Novellenform seine „Erlebnisse und psychologischen Vorgänge", aber nicht ad usum medici, niedergeschrieben hat. Wer sich für die Frage der Homosexualität und anderer sexueller Perversitäten interessiert, dem sei die Lektüre empfohlen. Lasch-Breslau.

Die Salvarsanseuche, von Friederich Kanngiesser. (Petersb. med. Zeitschr., 1913, Nr. 18.) Eine energische Philippika gegen Salvarsan. So sehr man dem Verf. beipflichten muß, wenn er gegen den unwissenschaftlichen Salvarsanenthusiasmus, der namentlich in der ersten Zeit geherrscht hat, energisch Stellung nimmt, so ist andererseits zu bedauern, daß er in das andere Extrem verfällt und in dem Salvarsan „kein Heilmittel, sondern nur ein Mittel, um allgemeine Körperschwäche, Kollapse und schwere Arzneiexantheme zu provozieren," sieht. Nicht alle Arbeiten über Salvarsan sind „Lehrlingsarbeiten", auch die „Meister" haben sich an der Nachprüfung des Mittels beteiligt. Schließlich darf man doch auch seine Stellung gegenüber dem Salvarsan nicht nur nach der Literatur richten; eine große, persönliche Erfahrung wird wohl jedem die richtige Linie weisen. Richard Frühwald-Leipzig.

Eine „Dirnenburg". (Abolitionist, 1913, Nr. 9.) Bringt eine Eingabe an die Polizei mit dem Vorschlage, die Prostituierten sollten zusammen ein eigenes Viertel bewohnen, wo ihnen gesunde und menschenwürdige Wohnungen zur Verfügung stünden. Die Kolonie sei gemeinsames Eigentum der Insassen, und es müßten Kuppelei und Zuhälterei ausgeschaltet sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Hilfstätigkeit der Wochenpflegerin bei der Beschneidung, von Arthur Leibholz-Berlin. (Zeitschr. f. Krankenpfl., 1913, Nr. 3.) Vorbereitung zur Operation: übliche Desinfektionsherrichtung. Zwei Stühle werden nebeneinander an das Fenster gestellt, für den Paten eine kleinere Fußbank. Auskochen der vom Arzt übergebenen Instrumente in einem Kochgefäß. Das Kind wird in Windeln auf einem Steckkissen hereingebracht. Die Operation wird nach Desinfektion mit Alkohol ausgeführt, nach der religiösen Zeremonie der Verband angelegt, und darauf erhält das Kind eine Mahlzeit. In den ersten Stunden nach der Operation muß die Pflegerin auf eine etwa sich einstellende Nachblutung Obacht geben und eventuell den Operateur benachrichtigen. Das Kind wird die ersten vier Tage nicht gebadet, ein steriler Mulltupfer, der beim Trockenlegen jedesmal erneuert wird, über den Verband gelegt. Nach vier Tagen wird nach einem Bade der Verband entfernt und zur Nachbehandlung Salbe angewandt.
Georg Heymann-Elbing.

Verschiedenes.

Dr. Giovanni Franceschini hat sich in Rom als Privatdozent für Syphilidologie habilitiert.

Der berühmte Pathologe Edwin Klebs, früher Professor in Bern, Würzburg, Prag und Zürich, ist gestorben. Er hat als einer der ersten die Übertragung der Syphilis auf Tiere versucht; auch enthält sein 1868 erschienenes Handbuch der pathologischen Anatomie ein von ihm selbst verfaßtes größeres Kapitel über Hautkrankheiten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. November 1913 | Nr. 46 | Band 57

Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren[1]).

Von

Prof. Dr. v. Notthafft, München.

Die „Erinnerungen" des Venetianers Giacomo Casanova sind noch immer ein vielgelesenes Buch. Das verdanken sie einmal ihrer Zugehörigkeit zur Pornographie, andererseits ihrem angeblichen geschichtlichen und kulturgeschichtlichen Wert. In letzterer Beziehung sind sie allerdings mehr wegen ihres Umfanges der reichen Memoirenliteratur des 18. Jahrhunderts überlegen. Ihrer Verwendung zu Studienzwecken steht die erwiesene Unzuverlässigkeit des Autors entgegen. Am schwierigsten gestalten sich daher Untersuchungen über das Leben Casanovas selbst, weil man ausschließlich auf die Memoiren angewiesen ist, und gerade derjenige Teil der Memoiren, welcher sich mit Casanova selbst beschäftigt, am meisten Anlaß zu Beanstandungen gibt. Allerdings wollen das die Kritiker und Herausgeber des Venetianers im allgemeinen nicht oder wenigstens nur mit großen Einschränkungen zugestehen. Angefangen von F. W. Barthold[2]), dem wir die so vorzüglichen Stücke über die geschichtlichen Personen in Casanovas Memoiren verdanken, bis zu H. Conrad[3]), welcher den Beweis geliefert, daß er ein so glänzender Stilist und vorzüglicher Übersetzer ist, wie er brillant den Mohren zu waschen versteht, werden die offenkundigsten Lügen unseres Autors als Irrtümer oder gar als möglicherweise doch wahr verharmlost. (Von Ottmanns[4]) Bibliophilenarbeit, deren Autor sich nicht einmal die Mühe genommen, die Memoiren selbst ordentlich zu lesen, schweigt man überhaupt besser.) Irrtümer, Vergeßlichkeit im hohen Alter, ja selbst Träume müssen herhalten, um offenkundige Falschdatierungen, Widersprüche, erfundenes Zusammentreffen mit Personen an Orten oder zu Zeiten, wo diese anderswo weilten,

[1]) Die Arbeit sollte in der Festschrift für Sudhoff erscheinen. Da dieses nicht mehr möglich war, möge an dieser Stelle ehrerbietig des hochverdienten Medikohistorikers gedacht sein! Der Verf. — [2]) Barthold Fild, Die geschichtlichen Persönlichkeiten in Jacob Casanovas Memoiren. Berlin 1846. — [3]) Giacomo Casanovas Erinnerungen, übersetzt und eingeleitet von H. Conrad. München und Leipzig. Georg Müller, 1907 bis 1912. 15 Bde. Wo im folgenden Band und Seite zitiert ist, ist immer dieses Werk gemeint. — [4]) Ottmann, V., Casanova, Stuttgart 1900.

Digitized by Google

um physikalische und medizinische Unmöglichkeiten, Aufschneidereien, Sophismen und anderes zu entschuldigen. Und wenn es gar nicht mehr geht, dann macht man dem großen Goethe das zweifelhafte Kompliment, die Memoiren dessen Dichtung und Wahrheit nahezustellen. Allerdings opfert man im selben Augenblick den historischen Wert der Memoiren zum großen Teil.

Solchen Bedenken käme aber nur dann vielleicht ein geringerer Wert zu, wenn die Persönlichkeit Casanovas sonst Garantien gäbe, daß ihm unwahrhafte Darstellungen nicht zuzutrauen wären. Wer war aber Casanova? Einen Abenteurer nennen ihn seine Freunde, das ist Euphemismus. Er war mehr. Er war ein Betrüger großen Stils. Mit Lug und Trug hat er ein Menschenalter die Welt zum besten gehabt, nicht zum mindesten seine größten Wohltäter. Langjährige Zuchthausstrafen würden heute seiner harren; die Justiz seiner Zeit hätte ihn dem Henker übergeben. Es braucht ja gerade nicht eine Million gewesen zu sein, die der gewandte Industrieritter der närrischen Schachtel d'Urfé abgegaunert hat (Bd. 11, S. 238), aber genug war es zweifellos, und es war nur ein Betrug unter einer erklecklichen Anzahl anderer. Das begangene Unrecht gibt er natürlich nur als Faktum zu. Es wird entschuldigt; ja, Dumme zu betrügen und Freunde finanziell zu prellen, wird als Vorrecht kluger Leute reklamiert (Vorrede). Das ist selbstverständlich nur Heuchelei. Daran hat es Casanova nie fehlen lassen. Und obwohl er versichert, daß sich in seinen Erinnerungen nichts Unwahres finden solle, und er die Wahrheit immer über alles gehalten habe, sind diese Erinnerungen eine Fundgrube für Unwahrheiten. Aber er erzählt nicht nur dem Leser, wie er andere belogen, er belügt zweifellos auch den Leser.

Schon Fulin hat die Zuverlässigkeit der Memoiren bekämpft. Casanovas Beschreibung des Renegaten Graf Claude Bronneva macht den Anspruch, persönliche Eindrücke wiederzugeben (Bd. 2, S. 101ff.), entlehnt aber die Farben erdichteten Memoiren[1]). Er rühmt sich, oftmals in Konstantinopel den für den König von Preußen hier residierenden (also nicht bloß in Geheimmission von Venedig herübergefahrenen, wie Conrad konstruiert) Lordmarschall George Keith (Bd. 2, S. 145) gesehen zu haben, während dieser zu gleicher Zeit in Venedig oder Rußland weilte. Geradeso will er mit der Kaiserin Katharina im Spätherbst 1704 in Riga zusammengetroffen sein (Bd. 10, S. 386), während diese damals gar nicht in Riga war. Er erdichtet eine Episode mit dem französischen Minister Choiseul (Bd. 5, S. 35), bringt subjektiv unwahre Schilderungen der Keuschheitskommissionen der Kaiserin Maria Theresia (von der ge-

[1]) Die Belege für diese Behauptungen finden sich, soweit nichts Besonderes angegeben ist, bei Barthold l. c.

Digitized by Google

meinen Verdächtigung dieser Frau ganz abgesehen) (Bd. 3, S. 351) und erzählt nach dem Tode Josephs II., wie er dem Kaiser eine freche Antwort gegeben habe (Bd. 3, S. 365); (in seinen „Memoire" deckt Daponte den Schwindel auf). Er fälscht Datum, Absendungsort und Zweck eines — übrigens betrügerischen — Briefes an den Prinzen Karl von Kurland, der zu jener Zeit samt Brief schon in der Bastille saß (Bd. 11, S. 173). Nun aber kommt das Meisterstück: die Flucht aus den Bleikammern (Bd. 4, S. 477). Für jeden, der nur halbwegs gelernt hat, physikalisch zu denken, ist der vorliegende Bericht eine Erdichtung. Guède[1]) nennt ihn: le roman de l'évasion. Er hat eine geradezu vernichtende Kritik geschrieben; fast hinter jedes der von Casanova angegebenen Details schreibt er die Worte impossibilité bzw. mensonge und gibt der zweifellos richtigen Anschauung Ausdruck, daß Casanova mit Hilfe des Kerkermeisters, der (vermutlich von Casanovas väterlichem Beschützer, dem Senator Bragadino) bestochen war, entflohen ist; die Helfershelfer haben dann nachträglich ein paar Beschädigungen gemacht, um ein Ausbrechen Casanovas glaubhafter erscheinen zu lassen[2]). Er will mit Albrecht von Haller in Briefwechsel gestanden haben (Bd. 6, S. 352); warum finden sich unter den Papieren Casanovas in Dux die 22 Briefe Hallers nicht, warum auf der Stadtbibliothek zu Bern im handschriftlichen Nachlaß Hallers nicht die Briefe Casanovas (ebenda und Bd. 14, S. X)? Casanova will alle Briefe aufgehoben haben. Warum finden sich aber in Dux nur harmlose Briefe von Frauen, gerade von jenen Weiblichkeiten, deren Existenz fraglich erscheint, keine Zeile? Von den vielen Briefen der Nanetta, der de la Meure, Leonilda, Winna Rosenberg, Bellino-Therese, Henriette, M. M., Katharina C. und Pauline keine Zeile. Die Vermutung, daß seine Geliebte, die Bühnenkünstlerin Bellino-Therese, nicht existiert hat, wurde schon von Ademollo und Croce ausgesprochen. Der portugiesische Forscher Lucio d'Azevedo erklärt die reizende Episode mit der vor dem portugiesischen Tyrannen Pombal flüchtigen Pauline als Phantasieschöpfung. Und Esther, Esther Hoppe, mit welcher Casanova einen und im allgemeinen ausnahmsweise einmal nicht schmutzigen Seelenroman zu Amsterdam durchlebte, Esther Hoppe war die Tochter eines Mannes, der nachweislich nur — einen Sohn hatte. Die Chronologie

[1]) Guède, J. Casanova, Paris 1912. — [2]) Ich könnte hier noch darauf hinweisen, wie sich Casanova beeilte, sowie er in Freiheit war, diese Flucht zu beschreiben. Er wollte offenbar den Verdacht von seinen Helfern abwälzen, was aber bezüglich des Kerkermeisters nichts half. Daher wird auch die Geschichte von einer an einem Ungenannten verübten Zechinenerpressung eingeflochten, ebenso wie eine angebliche Bettelei bei Marcantonio Grimani, um den Geldbesitz Casanovas zu erklären. Warum wird dort der Ungenannte nicht genannt? (Bd. 5, S. 9.)

Digitized by Google

stimmt bei CASANOVA an einer Unzahl von Stellen nicht; das kann Flüchtigkeitsfolge, Folge von Erinnerungsfehlern usw. sein. Es kommen aber auch direkte Fälschungen vor, wie RAVÀ und GUGITZ (Bd. 14, S. 6) hinsichtlich CASANOVAS Darstellung der Lösung seines Liebesverhältnisses zu Manon Balletti nachgewiesen haben. Gerade hier ist wieder ein charakteristischer Brief„verlust" zu konstatieren. Während sich 40 andere Briefe der Balletti gefunden haben, fehlt gerade der wichtigste, den er in seinen Memoiren zitiert, in welchem sie in ziemlich unschöner Weise das Verhältnis löst. Es kann kein Zweifel sein, daß dieser Brief nie geschrieben worden, daß vielmehr CASANOVA niedrig genug empfand, um die Frau, die von ihm genasführt war, der er schon längst überdrüssig war, deren goldnes Herz er zertreten hatte, dann, als sie endlich notgedrungen eine de facto nicht mehr bestehende Brautschaft lösen mußte, noch mit der Jauche der Verleumdung übergießen zu können (ebenda). CASANOVA gibt selbst zu, daß seine Erinnerungen nur einen Teil seiner Abenteuer enthalten, also lückenhaft sind. Aber der angegebene Grund, dabei beteiligte Personen keine schlechte Figur spielen zu lassen, wird ihm nach seinem sonstigen rücksichtslosen Verfahren niemand glauben; die beteiligte Person dürfte CASANOVA heißen (Bd. 1, S. 19). Schwerer zu beurteilen ist sein zwiespältiges Verhalten in religiöser Beziehung. Der entgleiste Abbé wird zum philosophischen Spötter, beschimpft Priester und Mönche, besonders die Jesuiten[1]), auf welche er einen geradezu bornierten und verleumderischen Haß hat, wird wegen „Gotteslästerungen" und „Atheismus", was man allerdings nicht so wörtlich nehmen muß, angezeigt, verleumdet mittels erlogener Klosterromane die weiblichen Klosterinsassen, hat aber auf der anderen Seite schöne Worte über Gebet, Gott, Christentum, Katholizismus, göttliche Eingebungen und göttlichen Willen im Mund, will angeblich 1760 und 1785 ins Kloster gehen (letzteres Mal allerdings nur, als ihm nach dem Tode des Gesandten Foscarini die Subsistenzmittel ausgegangen waren), geht gelegentlich ostentativ zu Messe, Beichte und Kommunion und rühmt sich auf dem Totenbett, als Philosoph (Voltairescher Zeit) gelebt zu haben und als Christ zu sterben. War das Farce, Komödie des geborenen Komödianten,

[1]) Das bezeugen mehr seine Allgemeinurteile und sein lächerlicher Wahn, persönlich (sogar noch in Dux!) von diesem Orden verfolgt zu sein. Den Unsinn, daß die Attentate auf Ludwig XV. von Frankreich und Joseph I. Emanuel von Portugal im Solde der Jesuiten ausgeführt, sowie daß Papst Clemens XIV. von dem Orden vergiftet worden sei, haben zu CASANOVAS Zeit dank der die Meinungen infiltrierenden Tätigkeit der Loge, der Enzyklopädisten und der Regierungen zu Paris, Madrid und Lissabon auch unparteiische Leute geglaubt (vgl. DUHR, Jesuitenfabeln!). Aber CASANOVAS Kommentatoren könnten das heute besser wissen (Bd. 5, S. 25; Bd. 10, S. 4; Bd. 12, S. 197).

Digitized by Google

Heuchelei, oder entsprang es der Zwiespältigkeit seines vielleicht pathologischen Wesens? Was soll man noch über seine Eitelkeit, die nie einen begangenen Fehler zugeben wollte, über den Spieler und Schuldenmacher, den maßlosen Verschwender und schamlosen Wüstling reden, über den Raufbold und Grabschänder (Bd. 2, S. 402), über das Tier Casanova, das nicht halt machte vor der Blutschande mit der eigenen Tochter Leonilda (Bd. 7, S. 422 und Bd. 12, S. 173) und der schamlosen Orgie mit der eigenen Tochter Giacomina (Bd. 12, S. 334)? Auch die schöne Eigenschaft der Dankbarkeit war ihm fremd. Er hat sie nicht einmal gegenüber seinen Wohltätern, dem Venetianer Grimani und dem Duxer Grafen Waldstein, von welchen letzterer ihn von dem Hungertode gerettet hat, bewiesen. (Siehe de Lignes Memoiren!) Casanova besaß wie alle Verschwender eine gewisse Gutmütigkeit. Wenn ihm zu glauben ist, hat er noch in der Zeit des darbenden Alters gern gegeben. Auch sonst war er gern hilfsbereit. Daß er ein Mann mit seltener Begabung war, un homme à connaissances profondes (v. Lamberg), daß er ein großes, wenn auch nirgends recht tiefes Wissen hatte, gehört als Verstandessache nicht unter die Charaktereigenschaften. Trotz seiner glänzenden Fähigkeiten hat er nie die Energie zu dauernder ernster Arbeit, zu einer pflichttreuen Berufsfreudigkeit entwickeln können. Wie er als Kleriker jämmerlich entgleist ist, so versagte er als Soldat und Geschäftsmann. Selbst als Spion konnte er auf die Dauer weder den französischen noch den venetianischen Ansprüchen genügen. In einer der modernen Mohrenwäschereien — ich weiß nicht mehr genau wo — jammert der Schreiber rührselig, daß ein so hervorragender Kopf wie Casanova nur hart sich in das Geschick des Spions gefunden haben könne. Die Phrasen der Casanovaschen Berichte haben es ihm angetan. Wie verhält sich die Sache in Wirklichkeit? „In den Geheimberichten entpuppt sich die schamloseste Niedertracht. Die intimsten Freunde und freigebigsten Wohltäter werden schurkischerweise verraten.“ Er zeigte sogar die Patrizier, deren Freundschaft er genossen, wegen — unzüchtiger Bücher an. Ein Casanova! In dem Pamphlet nè amori nè donne ovvèro la stalla ripulita, Venezia 1782, deckte er nach Art der Revolverjournalisten alle Skandale der Gesellschaft auf. Selbst seine eigene Mutter bezichtigte er des Ehebruches (Ebhardt)[1]). Er flüchtet aus dem Haag, mehrmals aus Venedig, aus Paris, London und Stuttgart; wird ausgewiesen zweimal aus Florenz und Toskana, aus Modena, Turin, Warschau, Katalonien u. a. O.; er lernt die Gefängnisse von Venedig, Paris, London und Spanien kennen und entkommt zweimal mit genauer Not dem Tod durch Henkershand. Gewiß, er kam in die ersten Kreise, die allerdings nicht

[1]) Ebhardt, Casanovas Memoiren. Magazin f. Lit. 1885.

Digitized by Google

immer die besten waren; aber sonst bestand seine Gesellschaft vielfach aus Wüstlingen, Spielern, Abenteurern, Betrügern, Halbwelt, Wechselreitern und Bühnengelichter zweifelhaftester Sorte. Ravà und Gustav Gugitz nennen ihn (Bd. 14, S. 6) den „größten Kenner der weiblichen Psyche". Nach seinen Memoiren war er nur einer der größten Weiberverführer. Sein Briefwechsel mit der Manon Balletti beweist allein schon, daß er nicht fähig war, die Seele einer Frau ganz zu verstehen. Man glaubt gewisse „moderne" Herren zu hören, die vor Gericht jede pornographische Büberei als „Kunst" reklamieren und den anständigen Menschen, der sich noch ein Ekelgefühl konserviert, als hypererotisch beschimpfen, wenn Casanova uns versichert, daß er nicht für die Jugend geschrieben habe, und daß das Stück seines Lebens nur diejenigen auspfeifen werden, die schlechter sind als ihr Ruf (Vorrede). Gleichwohl hat er die Frechheit, seine Memoiren eine Schule der Moral, namentlich für junge Leute, zu nennen.

Man darf den Wert der Bartholdschen Feststellungen nicht verkleinern, man darf ihn aber auch nach der positiven Seite hin nicht überschätzen. Auch dieses hat Barthold selbst getan; denn am Schlusse seiner mühseligen Untersuchungen preist er Casanova als wahrheitsliebenden Memoierenschreiber des 18. Jahrhunderts. Seit dieser Rühmung steht für so viele die Zuverlässigkeit Casanovas fest. Ja, was hat denn eigentlich Barthold festgestellt? Nichts anderes, als daß Casanova tatsächlich mit vielen der von ihm genannten Persönlichkeiten zusammengekommen sein kann und daß seine Angaben über diese im wesentlichen der Wahrheit entsprechen. Eine solche Feststellung war sehr wertvoll in einer Zeit, welche den Memoirencharakter der „Erinnerungen" bezweifelte und in diesen nichts sah als einen geschickt fabrizierten Roman. Selbst die Vaterschaft Casanovas hatte man in Frage gestellt, und kein geringerer als Beyle, der berühmte Kritiker und Ästhetiker, sollte die Memoiren geschrieben haben (Jakob Bibl.)[1]). Nachdem nun aber feststeht, daß Casanova der Verfasser ist, und daß wir wirklich ein Memoirenwerk vor uns haben, ist mit den Bartholdschen Feststellungen recht wenig mehr zu holen. Denn niemand dürfte es einfallen, behaupten zu wollen, daß Casanova nicht seine Erinnerungen wiedergibt. Die Frage ist nur: Sind alle Erzählungen auf Erlebnisse zurückzuführen? Nun sind aber selbstverständlich die Phantasieprodukte gerade da zu erwarten, wo am wenigsten nachgeforscht werden kann. Die Möglichkeit, daß Casanova in seinen „Erinnerungen" Dichtungen eingeflochten oder die Materie dichterisch behandelt hat, wird gewiß nicht dadurch verringert, daß die Casanova-Forscher nur einem Teil seiner Berichte nachzugehen imstande sind.

[1]) Ebhardt, l. c. S. 358.

Digitized by Google

Nein, Casanova verdient nicht ohne weiteres den Glauben, daß seine überraschenden Erzählungen durchaus auf Wahrheit beruhen. Der Mann, den die Marquise Créquy als insigne voleur, imposteur italien und misérable chevalier bezeichnet, dessen Mischung aus Gut und Schlecht und dessen Mangel ernstlicher sittlicher Anschauungen Daponte hervorgehoben, den der alte Tieck als „ganz verruchten Menschen", Ebhardt als „bis in die tiefste Seele verdorben" bezeichnet, hat keinen Anspruch auf eine Vorzugsbehandlung der Kritik, die nur aus ganz besonderer Achtung entspringen könnte.

Der Arzt hat an vielen Stellen besonderen Grund zu Beanstandungen. Die Erzählung von der Begattungsszene mit dem Turiner Wäschermädchen, das synchron mit den Bewegungen Casanovas, jedesmal evaporierte, kann doch nur als zotige Anekdote gelten (Bd. 2, S. 176); ebenso die Behauptung, daß die bucklige Sängerin Lepi ihr Genital unterhalb ihres Buckels gehabt habe (Bd. 7, S. 168), die Behauptung, daß die Venetianerin Marcolina schon mit zehn Jahren 400 „Freundinnen" gehabt habe, lockt uns nur ein Lächeln ab (Bd. 9, S. 259). Die Infizierung eines beträchtlichen Teiles der Einwohnerschaft von Orsera durch Casanovas Tripper (Bd. 2, S. 92) oder gar die fingergroße Klitoris der Berner Prostituierten (Bd. 6, S. 316) werden wir nicht als gerade unbedingt wahr auffassen müssen. Wenn zu wiederholten Malen von der blutigen Ejakulation nach der sechsten oder achten Kohabitation die Rede ist, werden wir uns daran erinnern, daß dies ein bekannter Aberglaube und mit gelegentlicher blutiger Ejakulation nicht zu verwechseln ist.

Die Duplizität der Fälle ist ein Gesetz medizinischen Aberglaubens. Gewiß müßte sich in einem Wüstlingsleben manches wiederholen. Denn schließlich sind die Mittel, zum Geschlechtsverkehr zu gelangen, und die Verhältnisse, unter welchen er stattfinden kann, nicht ins Unendliche variierbar. Wenn aber die Parallelen zu häufig und zu auffallend werden, dann sinkt die Glaubwürdigkeit des Autors. Auf die auffallende Häufung von Parallelen haben andere Autoren, soviel mir bekannt ist, bisher nicht oder doch nur so ganz nebenbei hingewiesen.

Bekanntlich finden manche Wüstlinge oder perverse Individuen eine sinnliche Befriedigung daran, wenn sie heimlich dem Geschlechtsverkehr anderer zusehen können. Bei Casanova schaut Cordiani durch ein Loch in der Zimmerdecke dem Masturbationsvorgang zwischen Bettina und Casanova zu (Bd. 1, S. 92); durch ein Schlüsselloch betrachtet Casanova die nackten Gestalten der Lukrezia und Angelina (Bd. 1, S. 404). Mit Ismail belauscht er dessen junge Mädchen im Bade (Bd. 2, S. 137). Von einem Versteck im Nebengemach aus weidet sich der französische Gesandte an dem Anblick von Casanova und der Nonne M. M. (Bd. 4, S. 106); durch eine Türritze

Digitized by Google

der Graf A. B. an Casanova und Zenobia (Bd. 8, S. 365). Und um dem Dinge die Krone aufzusetzen, sieht Casanova durch eine Türspalte dem perversen Treiben der Fellatrix Lia mit ihrem Geliebten zu (Bd. 12, S. 456).

Den Koitus vor einem oder mehreren Zuschauern finden wir an vielen Stellen notiert. So z. B. von dem englischen Gesandten Murray und seiner Geliebten Ancilla vor den Augen Casanovas (Bd. 4, S. 219), von Casanova und einer Griechin vor Bellino-Therese (Bd. 2, S. 15), von P. C. und seiner Geliebten vor Katharina C. und Casanova (Bd. 3, S. 412), von Casanova und Annina vor Marcolina und Fräulein Crosin (Bd. 9, S. 154).

Den Geschlechtsverkehr im Wagen finden wir zuerst zwischen Casanova und der Pächtersfrau (Bd. 1, S. 195), dann zwischen Casanova und Lukrezia (Bd. 1, S. 376 und 391), Casanova und Zenobia (Bd. 8, S. 377). Ebenso wie bei der Verwandlung der d'Urfé spielt bei der schwindelhaften Schatzgräberei mit Genovefa (Bd. 2, S. 451—453) Bad, Nacktheit und Sexualität die Hauptrolle. Bei Frau d'Urfé wird dieselbe Sache zweimal ausgeführt, einmal mit Hilfe von Corticelli-Lascaris zu Pont-Carré (Bd. 8, S. 197), das andere Mal mit Marcolina zu Marseille (Bd. 9, S. 202). Ebenso wie eine Venetianerin Casanova durch absichtlich unrichtige Beckenstellung den Verkehr unmöglich macht (Bd. 2, S. 406), leistet eine Schöne zu Aix ihm und dem Neffen des Marquis d'Argens Widerstand (Bd. 11, S. 511). In diesem Zusammenhang mag auch der Demimondaine Charpillon gedacht werden, welche es verstand, den erfahrenen Roué zu prellen. Und diese Geschichte scheint wahr zu sein (Bd. 10, S. 130). Wie Bettina Casanova gelegentlich einer Reinigung der Beine masturbiert (Bd. 1, S. 63), so masturbiert Casanova gelegentlich eines Fußbades Helene (Bd. 8, S. 249). Wie Casanova bei seiner „unschuldigen" Katharina C. zu Venedig den von ihr selbst in den Busen gesteckten Ring hier suchen darf (Bd. 3, S. 405), so holt sich Tiretta zu Paris die Auster von Frau Gaetano (Bd. 3, S. 226), was sich zwischen Casanova, Emilie und Armellina zu Rom wiederholt (Bd. 12, S. 284). Casanova bringt Agnes X. C. V. zur heimlichen Entbindung in ein Kloster (Bd. 5, S. 386) und besorgt die heimliche Entbindung der Nonne M. M. zu Aix (Bd. 7, S. 9). An mehreren Stellen muß eine Verletzung den Liebesverkehr einleiten; so z. B. eine Lymphangoitis von Frau F. auf Korfu (Bd. 2, S. 239) und ein Sturz Casanovas vom Pferd (Bd. 10, S. 40). Am auffallendsten sind aber die Klosterparallelen. Sie sind so unmöglich, daß auch anderen das hätte auffallen müssen. Man kann sich des Gedankens kaum entschlagen, daß hier das Vorurteil so vieler, welche unbesehen jeden Klosterskandal für wahr halten, seine Rolle gespielt hat. Barthold war in solchen Dingen nicht frei; die Kopisten seiner gelehrten Anmerkungen sind es noch weniger. Der Verkehr mit

Digitized by Google

der Nonne M. M. (Maria Magdalena) vom Kloster Murano zu Venedig (Bd. 4, S. 15 ff.) wiederholt sich mit der Nonne M. M. aus dem Kloster Chambery zu Aix (Bd. 7, S. 1); beide Nonnen verkehren in lesbischer Liebe mit ihren Zöglingen (Bd. 3, S. 459 und 8, S. 93), in beiden Fällen wird statt des sonst zur „Schonung" üblichen Coitus interruptus der Gebrauch des Kondoms, „die für eine der Venus opfernde Nonne so kostbar sind" (Bd. 4, S. 110), gepflegt, in beiden Fällen kommt es zuletzt nach gehäuften Kohabitationen zu sanguinolenten Ejakulationen; letztere sind bekanntlich nicht unmöglich; andererseits ist es eine bekannte Fabel, daß nach wiederholten Kohabitationen „zuletzt Blut kommt". Casanova hat solchen Volksglauben gehuldigt und deshalb die Sache erlebt. Wir sehen ähnliches gleich wieder beim Mal der Esther Hoppe. Die M. M. zu Aix soll nicht nur den Klosternamen, sondern auch das körperliche Aussehen mit M. M. zu Murano gemeinsam haben. Was aber sagt man zu folgender Parallele? Bd. 4, S. 123 sagt die M. M. von Venedig bezüglich einer eventuellen Schwangerschaft: „Man könnte einen Arzt bestechen, der mir irgend eine erdichtete Krankheit zuschriebe und mir den Gebrauch von Mineralwasser in irgend einem Bade verordnete...", und M. M. von Chambery sagt Bd. 8, S. 9: „Ein Arzt, den er . . . bestach, erklärte, ich würde sterben, wenn ich nicht hier in Aix den Brunnen tränke..."? Hier ist es doch evident, daß Casanova in sein Schreibpult gegriffen und eine alte Geschichte neu aufgeputzt hat. Diese Nonnenskandale samt Koitus und mutueller Masturbation wiederholen sich dann ein drittes Mal zwischen Casanova, dem Zögling Armellina einer klösterlichen Anstalt zu Rom und ihren Lehrerinnen Emilie und Skolastika (Bd. 12, S. 252—321). Bekanntlich hat Casanova die Kapitel IV und V der Edition originale vom Manuskript abgetrennt, so daß sie dort fehlen. Selbst H. Conrad, der überall den Mohren wäscht, bemerkt, daß möglicherweise die Geschichte vom abermaligen Lotteriegewinn auf Nr. 27 den Freunden Casanovas als recht sonderbar erschienen wäre. Allerdings setzt er hinzu: „Daß übrigens ein Werk von einem derartigen Umfang, besonders in den nebensächlichen Geschichten, die gewissermaßen Arabesken sind, eine Menge Dichtung enthält, ist wohl selbstverständlich. Die innere Wahrheit des Ganzen wird dadurch nicht im geringsten in Frage gestellt" (Bd. 12, S. 580). Diese Logik ist mir unverständlich. Mit dem Nachweis, daß in einem Memoirenwerk „Dichtungen" enthalten sind, kann dieses Memoirenwerk nicht mehr als zuverlässige Geschichtsquelle dienen. Denn wo hören da Arabesken, nebensächliche Geschichten, äußere und innere Wahrheit auf? Was ist überhaupt „innere Wahrheit"?

Aber noch eine andere Betrachtung muß für jeden Unbefangenen die Unwahrheit der Casanovaschen Darstellungen augenscheinlich machen.

Digitized by Google

Wir wollen dem Mann, den Friedrich der Große einen „sehr schönen Mann" nannte (Bd. 10, S. 341), dem Fremdling, berühmten und berüchtigten Abenteurer, dem kecken Weiberhelden gern ein besonderes Glück bei Frauen einräumen, wir wollen uns erinnern, daß Casanova in einer Zeit gesellschaftlichen und moralischen Niederganges lebte, daß gar manche seiner „Damen" mehr oder minder Demimondainen waren, und daß er seine Eroberungen mit einem Goldregen einleitete; wir wollen daher auch glauben, daß er alle die anständigen Frauen, Bräute und Mädchen wirklich verführt habe, und daß sein Sieg wirklich immer ein so rascher war; aber zwei Dinge hat er selbst bei der Schilderung seiner so unglaublichen Abenteuer zu beachten vergessen: Die weibliche Eifersucht und das Mißtrauen des Weibes gegenüber der Geschlechtsgenossin in Liebessachen. Hierzu kommt als drittes das Schamgefühl. Gewiß: man kann jedes anständige Weib, das die Liebe und Leidenschaft besinnungslos gemacht hat, moralisch verderben; aber das geht nur schrittweise. Der Exhibitionismus darf da nicht den Kampf einleiten. Wie oft ist das aber bei Casanova der Fall! Geht man von solchen Überlegungen aus, dann sind viele Orgien, so die mit den anständigen Töchtern und der Nichte des Hausmeisters zu Grenoble (Bd. 7, S. 136), mit Veronika und der unberührten Annina zu Genua (Bd. 7, S. 278), mit Fräulein Crosin und Annina (Bd. 9, S. 138), mit Fräulein Crosin, Annina und Marcellina (Bd. 9, S. 154), mit der Advokatensfrau Lukrezia und ihrer jungfräulichen und bräutlichen Schwester Angelika (Bd. 1, S. 353 und 405), mit Nanetta und Martina (Bd. 1, S. 178), mit Frau Dubois und zwei Dirnen in einem Schweizer Bordell (Bd. 6, S. 314), mit Frau Dubois und Sarah v. F. (Bd. 6, S. 334), mit Lukrezia und ihrer Tochter Leonilda (Bd. 7, S. 442), mit den beiden Comtessen zu St. Angelo (Bd. 9, S. 59), mit seiner geliebten und vor kurzem erst entbundenen „Frau" Katharina C., Maria Magdalena und de Bernis (Bd. 4, S. 186 ff.), mit Armellina, Emilia und Skolastika (Bd. 12, S. 265—320) unglaubliche Unwahrscheinlichkeiten. Es ist psychologisch ganz unmöglich, daß seine in heißer Liebe für Casanova sich verzehrende „Frau" Katharina C. ein lesbisches Verhältnis mit der Nonne M. M. beginnt, daß Henriette, als sie nach jahrelanger Trennung den Jugendgeliebten Casanova wiedersieht, sich ihm nicht zu erkennen gibt, sondern vor ihm mit Marcolina masturbiert (Bd. 9, S. 241). Es erfordert starke Gutgläubigkeit, anzunehmen, daß M. M.-Aix nicht eifersüchtig auf ihre Pensionärin (Bd. 8, S. 97 ff.), Anna Midel nicht eifersüchtig auf Gertrud ist (Bd. 8, S. 148), C. C. und M. M. nicht eifersüchtig auf Tonina (Bd. 4, S. 274), daß Theresa-Bellini sich in Casanova glühend verliebt, nachdem sie Augenzeugin der Kohabitationsszene zwischen Casanova und der Griechin und Mitwisserin seines Verkehrs mit ihren Gefährtinnen

Digitized by Google

Cäcilia und Marina (Bd. 2, Kap. 1 und 2) gewesen. Helene und Hedwig werden unmittelbar im Anschluß an die Defloration in der selbdritt ausgeführten Orgie zu Fallatrices gemacht und führen Aretinosche „Stellungen" aus (Bd. 8, S. 266—272). Die gerade deflorierte, bis dahin „unschuldige" „Frau" Casanovas, Katharina C., „kommt die Laune an, die Rolle zu tauschen und Casanovas Stelle einzunehmen" (Bd. 3, S. 424). Um dieses etwas weniger unwahrscheinlich zu machen, muß kurz vorher ihr Bruder P. C. mit seiner Schönen, wie schon erwähnt, ein gleiches Manöver ausführen. Die Frauen Casanovas führen unweibliche Reden; sie verlangen selbst in geschraubten Phrasen die Defloration. Das würde nichts bedeuten; denn selbstverständlich sind die Gespräche der Memoiren nicht mit dem Phonographen aufgenommen worden, sondern mußten so oder so die Vorstellungszentren des Memoirenschreibers passieren. Aber daß diese Frauen sich spontan vollständig entkleiden, z. B. Lukrezia in der Villa Aldobrandini (Bd. 1, S. 389), Casanova zur Entkleidung auffordern (Bd. 3, S. 421), daß bisher anständige Mädchen mit Casanova Gespräche über eigene Erregungszustände führen und Casanova betasten (Bd. 8, S. 247 ff.), daß die keusche jungfräuliche Esther Casanova, um dessen „wissenschaftliche" Neugierde zu stillen, ihre Genitalien zeigt (Bd. 6, S. 7), sind Unglaublichkeiten. In letzterem Fall ist übrigens wieder einmal Casanova einem Volksglauben zum Opfer gefallen, welcher sagt, daß einem Mal an der Lippe des Mundes ein solches am Labium des Genitales entspräche. Richtig! Das Mal ist da.

Natürlich ist ein erfahrener Weiberkenner wie Casanova sich des Unwahrscheinlichen seiner Erzählungen selbst bewußt gewesen. Deshalb hält er auch (Bd. 8, S. 262) dem Leser eine schöne Rede, in welcher er diesen glauben machen möchte, daß gerade der gleichzeitige Angriff auf zwei anständige Mädchen sichereren Erfolg habe als der isolierte auf jede einzelne. Nur widerspricht sich der Mann der Widersprüche, wenn er (Bd. 10, S. 273) sagt, „daß Freundschaft zwischen Frauen selten so weit geht, einander eine Nebenbuhlerschaft in der Liebe zu verzeihen," und (Bd. 7, S. 103), daß „nur unter vier Augen die Liebe scherzen dürfe".

Endlich ist aber noch eines Punktes zu gedenken: Relativ harmlos fangen Casanovas sexuelle Heldentaten an: Ein kecker Ehebruch mit einer Pächtersfrau und ein solcher mit einer Fähnrichsgattin, Jugendstreiche mit zwei Schwestern und etwas Dirnenverkehr. Von Band zu Band steigern sich quantitativ und qualitativ die erotischen Dinge, um in den letzten Kapiteln in den Orgien zwischen ihm, Lukrezia und der gemeinsamen Tochter Leonilda, im Koitus zwischen ihm und seiner Nichte Guglielmina vor seiner leiblichen, noch kindlichen Tochter Gia-

Digitized by Google

comina (Bd. 12, S. 334) und in der Ausmalung der Tätigkeit der Jüdin Lia Mardochai in Aretinoschen Stellungen als Fellatrix bis zum Verschlucken des Samens und kohabitierende Menstruierende (die Jüdin!) den Höhepunkt des Ekelhaften zu ersteigen. Man wende nicht ein: Das ist eben die Bahn des Wüstlings. Nein! Das sind die krankhaften Produkte eines senilen Koprolagnisten, der gezwungen ist, um das Interesse seiner Leser an „Pikantem" zu befriedigen, immer tiefer und tiefer in den Schmutz zu greifen.

Ein besonderes Interesse für den Arzt bilden nun Casanovas Krankheitsdarstellungen. In dieser Hinsicht hat P. Meissner (Bd. 13, S. 347) vor kurzem eine allerdings lückenhafte Studie gemacht. Für unsere Zwecke, den Nachweis der Unwahrhaftigkeit Casanovas, haben, abgesehen von oben genannten Dingen, nur die Angaben über Geschlechtskrankheiten Wert, denn hier bietet sich Casanova Gelegenheit, zu flunkern. Damit sind aber auch die Schwierigkeiten für die Forschung gegeben. Wir haben uns redlich Mühe gegeben, die Casanovaschen Zeitangaben nachzurechnen. Aber wir müssen am Schlusse enttäuscht zugestehen, daß wir trotz aller Arbeit vielfach nur zu ungefähren Resultaten, mehreremal überhaupt zu keinem Resultate gekommen sind. Die Unzuverlässigkeit der Casanovaschen Chronologie ist schon von anderen gefunden worden. Casanovas Angaben stimmen jedoch nicht nur mit den Angaben anderer nicht; sie harmonieren nicht einmal mit seinen anderweitigen Angaben. Mittels Hilfe der Weidenbachschen Tabellen haben wir die beweglichen Festtage und die Wochentage bestimmt: sie stimmten nicht immer genau mit dem Datum. In einem Falle haben wir die angegebenen Mondphasen ausgerechnet; Resultat: Widerspruch mit den anderen Zeitangaben. — Um nur ein paar Beispeile herauszugreifen: so heißt es gelegentlich der Melullainfektion: „Zu Anfang des Monats September sah ich mich wieder völlig gesund, und etwa um dieselbe Zeit kehrte ich auch nach Venedig zurück." Und ein paar Absätze weiter: „Gegen Ende September fuhren wir . . . ab." — Gelegentlich des Aufenthaltes in Solothurn haben wir drei Daten, nach welchen wir den Verkehr Casanovas mit der Alten berechnen können: Mondwechsel, Sonnenwende und Sonntag (Ball des Gesandten); sie sind nicht miteinander zu vereinbaren. Ebenso stimmen die Angaben über die Infizierung und die Aufenthaltsdauer zu Mantua nicht. Casanova durchflicht seine Krankheitsgeschichten beständig mit Liebesabenteuern. Es mußte zu Infektionen und Rezidiven kommen; wir hören aber nichts. Und dabei sind wir gezwungen, aus dem Verlauf der Liebesgeschichten, Verlauf und Wesen der Krankheiten zu eruieren. Das Handwerkszeug, mit dem man arbeiten muß, zerbricht in der Hand, man greift ins Leere und steht vor unlösbaren Widersprüchen.

Digitized by Google

Erste Infektion mit 18 Jahren an einer griechischen Fähnrichsgattin im Fort St. Andrea am 2. April 1743.

„Leider gibt es keine Rosen ohne Dornen; am Morgen des dritten Tages (nach dem dreimaligen Verkehr) bemerkte ich mit Entsetzen, daß eine Schlange sich unter den Blumen verborgen gehalten hatte. Durch eine sechswöchige Pflege und Enthaltsamkeit wurde ich vollkommen wiederhergestellt . . . Der Leser kann sich kaum einen Begriff davon machen, wie mich dieses Unglück beschämte und bekümmerte; ich kam mir wie entehrt vor" (Bd. 1, S. 236). Dieses Kapitel ist überschrieben mit: „Mein erster galanter Denkzettel."

Inkubationszeit und Heilungsdauer lassen da an einen Tripper denken.

Zweite Infektion mit 18 Jahren an einer Prostituierten in Chiozza etwa am 11. VII. 1743.

„Ganz verzweifelt ging ich nach meiner Wohnung; denn, um mein Unglück voll zu machen, bemerkte ich unterwegs, daß ich eine zweite Griechin gefunden hatte, die weniger schön, aber ebenso heimtückisch gewesen war . . . Auch hätte ich mich lieber umgebracht, als dem jungen Doktor meinen Zustand anzuvertrauen." Trotz der Infektion verkehrt Casanova am 16. VII. zu Orsera mit der Haushälterin des ihn bewirtenden Geistlichen. „Zwei volle Stunden (wurden) aufs köstlichste verbracht . . . Ich hatte alle Vorsichtsmaßregeln getroffen, die unter solchen Umständen möglich sind." Nach der Ankunft in Ankona (20. VII.) heißt es: „Da ich nur Wasser trank, denn ich wollte schnell wieder gesund werden." Der ihn begleitende Barfüßermönch besorgt ihm die Wäsche, die er selbst dem Aufseher zu geben „nicht gewagt hätte". Eine weitere „zweiwöchige Ruhe und strenge Enthaltsamkeit brachten mich auf den Weg zu völliger Wiederherstellung" (etwa 3. VIII. 1743; Bd. 1, S. 273ff.).

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhoica.

Von

Dr. Hugo Hecht, Prag.

M. K., 26 Jahre, trat am 7. Juli 1913 in Behandlung; er bemerkte seit 14 Tagen Ausfluß, Schmerzen beim Urinieren. Im Sekrete fanden sich zahlreiche Gonokokken, beide Portionen trüb, zum Schluß kamen einige Tropfen Blut. Verordnung: Santal, Tee (Fol. uvae ursi und Herb. herniar. āā), Morphiumsuppositorien, kühle Sitzbäder. Vom 18. 7. an kam der Arzbergersche Kühlapparat znr Verwendung, worauf langsam die Schmerzen und Reizerscheinungen von seiten der Prostata abklangen. Am 30. 7. war die zweite Portion klar, so daß Injektionen mit $^1/_4$%igem Albargin verordnet wurden.

Mittwoch, den 6. 8. klagte P. über Schmerzen im linken Handgelenk; er erzählte, daß er am Sonntag beim Übersiedeln mitgeholfen hätte. Gestern seien in der linken Hand — er ist Linkser — Schmerzen aufgetreten. Auf Rat seiner Angehörigen ließ er sich die Hand von einem Kollegen massieren; trotzdem daure der Schmerz an. Heute bemerkte er über dem Handgelenk eine Rötung.

Objektiv war an der Ulnarseite über dem Handgelenk eine streifenförmige Rötung und mäßige Schwellung zu sehen. Leiser Druck wurde sehr schmerzhaft empfunden.

Digitized by Google

Bewegungen des Handgelenkes in horizontaler Ebene waren schmerzlos; nur die Beugung des kleinen Fingers verursachte, da aber beim geringsten Versuch, starke Schmerzen. Dem Tastgefühle nach handelte es sich um eine gut begrenzte Schwellung im Verlaufe einer Sehne, die dem Musculus extensor digiti V proprius angehörte.

Die rasche Entstehung und das Fehlen klopfender Schmerzen legte die Vermutung nahe, daß es sich um eine gonorrhoisehe Metastase handle. Es wurden Umschläge mit essigsaurer Tonerde und Aspirin verordnet.

Am nächsten Tage (7. 8.) war die Rötung auch auf den Handrücken übergegangen, wo man eine strangförmige Verdickung im Verlaufe der Sehne tastete. Die Schmerzen waren stärker und strahlten bis zum Gelenk des kleinen Fingers hin aus.

Am 8. 8. war der ganze Handrücken geschwollen, fast violett verfärbt; die Allgemeintemperatur war normal. Die Schmerzen waren noch größer als am Vortage. Keine Fluktuation.

Ich entschloß mich, Vakzinebehandlung einzuleiten, einerseits um die Ätiologie festzustellen, andererseits um durch frühzeitige ätiologische Behandlung eine Vereiterung und ihre Folgen hintanzuhalten. Um 3 Uhr nachmittags wurde 0,3 Arthigon intramuskulär injiziert und der Patient angewiesen, das Bett zu hüten und die Temperatur zu messen. Nach zwei Stunden wurde ich telephonisch zum Patienten gerufen; er hätte fürchterliche Schmerzen, so daß er fast ohnmächtig daläge. Der Augenschein ergab eine bedeutend stärkere Schwellung im Verlaufe der Sehne und starkes Ödem des Handrückens; dabei steigerten sich die Schmerzen zu fast unerträglicher Höhe. Verordnung: essigsaure Tonerde, Adalin. Temperatur: 5 Uhr = 36,6°, 7 Uhr 37,8, 8 Uhr = 38,1, 10 Uhr = 38,1. Am nächsten Morgen hatte die Lokalreaktion ein wenig nachgelassen, ebenso die Schmerzen. Temperatur 6 Uhr = 38,1, 10 Uhr = 37,6. P. ließ sich nun — 8. 8. — in die Klinik des Herrn Prof. Kreibich aufnehmen, dem ich zu Dank verpflichtet bin für die Gelegenheit, den Krankheitsverlauf weiter zu beobachten.

Das Fieber sank, die exorbitanten Schmerzen ließen nach, so daß drei Tage später mit der Vakzinebehandlung fortgesetzt wurde; Anfangsdosis 0,1 ccm, im ganzen sieben Injektionen. Außerdem wurde lokal Unguentum Credé angewandt und die Harnröhre mit Protargolinstillationen behandelt. Die Schwellung und das Infiltrat entlang der Sehne schwanden langsam, ebenso die Schmerzen. Nach 14 Tagen konnten schon geringe Beugebewegungen des kleinen Fingers schmerzlos ausgeführt werden, und am 6. 9. verließ der Patient die Klinik mit klarem Harn und fast normaler Beweglichkeit des kleinen Fingers. Thermopenetrationsbehandlung (Dr. Fritz Kraus) behob auch den letzten Rest von Steifheit.

Es handelte sich also hier um eine nicht allzu häufige gonorrhoische Komplikation, um eine Tendovaginitis. Im Zusammenhang mit gonorrhoischen Gelenkserkrankungen werden sie nicht selten beobachtet, aber ganz selbständig kommen sie verhältnismäßig selten vor. Charakteristisch ist die Neigung zu Rezidiven, das geringe Fieber und die starke Schmerzhaftigkeit der erkrankten Stellen. Oft bildet sich ein Abszeß aus, in dessen Eiter Gonokokken nachgewiesen werden können. Bei der Heilung kann es manchmal durch Verwachsungen zu schweren Funktionsstörungen kommen. Zu den von Nobl im Handbuch der Geschlechtskrankheiten erwähnten Fällen kommen noch die von Friedländer und Reiter, Schuhmacher, Petersen, Rauschenberger, Auerbach veröffentlichten.

Digitized by Google

Bei den meisten dieser Fälle wurden im Abszeßeiter Gonokokken gefunden und damit die ätiologische Seite der Erkrankung geklärt.

In unserem Falle war es noch nicht zur Abszeßbildung gekommen. Wenn auch die gonorrhoische Natur der Sehnenscheidenentzündung sehr wahrscheinlich war, so konnte doch nicht mit absoluter Sicherheit eine andere Ursache — der Kranke führte die Entstehung auf ein Trauma zurück — ausgeschlossen werden. Die Komplementbindung hätte uns kein eindeutiges Resultat zeitigen können, da kurz zuvor eine akute Prostatitis bestanden hatte. Deshalb entschloß ich mich zu einer provokatorischen Vakzineinjektion, wie sie Lederer an der Kreibichschen Klinik geübt hatte.

Nach einer so geringen Dosis wie 0,3 ccm Arthigon kam es zu Fieber und, was das wichtigste war, zu starken lokalen Reizerscheinungen, die zweifellos für die Spezifität des Prozesses sprach. Auch der Verlauf der nunmehr eingeleiteten spezifischen Behandlung erhärtete unsere Diagnose.

Wenn man sich vor Augen hält, wie langwierig die sonstige Behandlung bei diesen Prozessen war, wie oft das Resultat durch Funktionsstörungen beeinträchtigt wurde, so muß man in der Vakzinebehandlung der Tendovaginitis gonorrhoica zurzeit die wirksamste und beste Methode erblicken. Deshalb habe ich den Fall der Veröffentlichung für wert erachtet.

Zusammenfassung: Bei einem Falle von Tendovaginitis gonorrhoica musculi extens. dig. V. propr. wurde die Diagnose mittels provokatorischer Vakzineinjektion gestellt. Die Heilung erfolgte nach weitern sieben Vakzineinjektionen ohne Funktionsstörung im Laufe eines Monats.

Versammlungen.

Vereinigung der Ärzte des Mjassnitzki-Krankenhauses zu Moskau.

Sitzung vom 9. (22.) Oktober 1913.

Originalbericht von Arthur Jordan.

1. Jordan demonstriert einen Fall von **Lichen ruber planus atypicus.** Der Sitz der Lichenknötchen findet sich bei der 27jährigen Frau, außer auf dem Rumpf, den Streckseiten der Unterschenkel und der Schleimhaut der rechten Wange, wie der Unterlippe noch auf den Handflächen. Die Affektion der letzteren erinnert außerordentlich an eine Psoriasis syphilitica, nur mit dem Unterschiede, daß die gelblichroten, schuppenden, etwas infiltrierten Knötchen eine kreisförmige, annuläre Anordnung zeigen und daß einzelne der Knötchen eine zentrale Delle aufweisen. Die mittlere Partie der Kreise ist von fast normaler Beschaffenheit der Haut. Die Fußsohlen sind unverändert, das negative Verhalten der Wassermannschen Reaktion, das Fehlen von vergrößerten Lymphdrüsen, wie die unter der begonnenen Arsenikbehandlung bereits sich zeigende

Digitized by Google

Besserung ließen ohne weiteres eine Kombination von Lichen ruber planus mit Lues ausschließen.

2. Krassnoglasow zeigt einen Fall von **Mycosis fungoides.** Der 50jährige Mann gibt an, seit 10 Jahren an Jucken und Schilferung der Haut zu leiden. Diese beiden Erscheinungen begannen an den Füßen und breiteten sich allmählich immer höher und höher aus. Das Auftreten der Geschwülste bemerkt er seit einem Jahr. Augenblicklich ist der ganze Körper, wie die Haut der Extremitäten mit Gruppen von lichenoiden Eruptionen bedeckt, die stellenweise an den Extremitäten zu einer diffusen Masse konfluiert sind. Außerdem ist die Haut des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten gerötet und schilfert, so daß der Kranke den Eindruck erweckt, als hätte er gerade ein Schwitzbad genommen und wäre mit Mehl bestreut worden. Endlich finden sich noch auf der Brust und den Seitenpartien des Bauches symmetrisch angeordnete, flache, stellenweise erhabene Infiltrate von teils runden, teils Hufeisenform. Im ganzen gibt es deren 20, von denen 3 zerfallen sind. Ebensolche, nur noch größere Infiltrate und pilzartige, zerfallene Gebilde gibt es auf dem Rücken. Vereinzelte, kleinere Infiltrate sitzen auf den Händen und auf den Ober- und Unterschenkeln. Die Hals-, Axillar-, Kubital- und Inguinaldrüsen sind vergrößert. Die Untersuchung des Blutes ergab 96% Hb, neutrophile Zellen 65%, eosinophile, normale 10%, eosinophile Zwergzellen 3%, Lymphozyten 17%, mononukleäre 3%, Übergangsformen 2%.

3. Jordan referierte über den 11. Dermatologenkongreß wie über die Sitzungen der dermatologischen Sektion des 85. Kongresses der deutschen Naturforscher und Ärzte in Wien, September 1913.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1913, Bd. 54, Nr. 4.

Lichen nitidus (Pinkus), von Carlo Bottelli. Der Fall betraf einen 36jährigen Kranken, der seit vier Jahren an einer Hauterkrankung litt, die in den Interdigitalfalten begonnen und sich allmählich auf Arme und Thorax ausbreitete. Das Primärelement war eine kleine runde Papel von Hanfkorngröße, rotgelb gefärbt und ohne entzündlichen Hof. Die einzelnen Elemente vermehrten sich, traten aber nirgends zu Plaques zusammen, sondern blieben zerstreut. Als Charakteristikum boten sie eine gewisse Transparenz der zentralen Partie, die man leicht bei Glasdruck demonstrieren konnte. Die Ähnlichkeit mit einem Tuberkel war dann eine große. Diesem Falle war eine bisher noch nicht beschriebene vesikulöse Umbildung mancher Papeln eigen. Dieser scharf umschriebenen Papel entsprach ein ebenso scharf umschriebenes Infiltrat des Papillarkörpers, der aus mononukleären Lymphozyten mit seltenen Mastzellen gebildet war. Im Zentrum fanden sich auch einige spärliche Riesenzellen, Tuberkelbazillen waren nicht nachweisbar.

Über einige mit Gold- und Kaliumzyanür (Merck) behandelte Fälle von Hauttuberkulose, von A. Pasini. Der Verfasser modifizierte in zwei Punkten die ursprüngliche Technik von Bruck und Glück. Statt der einprozentigen Stammlösung in sterilem, destilliertem Wasser, welche jedesmal mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt wird, benutzte er eine Lösung der Substanz direkt in physiologischer Kochsalzlösung, die er direkt vor der intravenösen Injektion herstellte. Er

Digitized by Google

behauptet, damit weniger febrile Reaktionen erhalten zu haben. Ferner, statt eine Gesamtmenge von 50 bis 100 Kubikzentimeter Flüssigkeit anzuwenden, begnügte er sich mit 15 bis 20 Kubikzentimetern, worin er bis zu 5 Zentigramm Gold- und Kaliumzyanür löste. Diese Injektionen wurden bei ganz langsamer Injektion vorzüglich vertragen.

Auf die Injektion folgte eine mehr oder weniger ausgesprochene lokale Schwellung der Herde. Eine Regression machte sich gewöhnlich erst nach der sechsten Einspritzung bemerkbar; die Herde wurden blasser, die Infiltration ging zurück und die Ulzerationen vernarbten. Unter sieben behandelten Lupusfällen wurden aber drei in keiner Weise durch die Behandlung beeinflußt. In dem einen Fall, dessen Hautläsionen in keiner Weise reagierten, bei dem sogar neue ulzeröse Läsionen am Gaumen auftraten, heilte merkwürdigerweise eine Myelitis transversa so vollständig ab, daß der vorher gelähmte Patient wieder gehen konnte.

Erste Resultate der Lupusbehandlung mit intravenösen Injektionen von Gold- und Kaliumzyanür (Methode von Bruck und Glück), von Dalla Favera-Bologna. Der Verfasser bekam erst nach der dritten oder vierten Injektion eine lokale Reaktion. Letztere war in einem Falle sehr stark und verursachte eine enorme Schwellung des Lupusherdes. Häufig war aber die Reaktion sehr spärlich, und in einem Falle von Tuberkulid blieb sie ganz aus. In den meisten Fällen wurde auch eine evidente therapeutische Besserung erzielt. Am besten war der Erfolg bei lupösen Ulzerationen, und man erreichte eine vollständige Vernarbung. Dies ist aber nicht immer der Fall, und in anderen Lupusformen war der Erfolg nur ein geringer und beschränkte sich auf ein Abschwellen und Abblassen der Läsion.

A. Gunsett-Straßburg.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych).

1913, Nr. 1—3.

Histologie des Keratoma palmae et plantae hereditarium, von Franciszek Krzysztalowicz-Krakau. Der Verfasser beschreibt einen Fall der genannten Krankheit, betreffend ein 18jähriges Mädchen, deren zwei jüngere Brüder wie auch die Mutter dieselben Erscheinungen zeigten. Das Leiden hat sich bei den ersten Gehversuchen fühlbar gemacht, war also zweifellos vererbt. Im vorliegenden Falle war der Verhornungsprozeß nicht bloß auf die Sohlen respektiv Hohlhände lokalisiert, sondern war beträchtlich auf die Dorsalflächen der Hände und Füße ausgebreitet nebst gesteigerter Schweißabsonderung.

Zwecks histologischer Untersuchung wurden ein Stück von der Plantarfläche, ein zweites von der Dorsalfläche ausgeschnitten. Auf Grund dieser genauesten Untersuchungen fand der Verfasser in seinem Falle eine bedeutende Hyperplasie der Epidermis mit besonderer Entwicklung des Stratum corneum, und daß besonders die Stachelzellen dem Verhornungsprozesse schneller verfallen als dies im normalen Zustande geschieht. Im großen und ganzen scheint der Schluß gerechtfertigt zu sein, daß bei dieser Krankheit der Verhornungsprozeß etwas schneller sich vollzieht, dabei nicht ganz regelmäßig, aber doch gesetzmäßig.

Was die Pathogenese des Leidens anbelangt, so ist als der wichtigste Faktor die Vererbung zu nennen, wobei die Theorie von Hahn, auf den Eigenschaften der nächsten Ahnen basierend, am besten den Tatsachen entspricht. Schließlich hebt der Ver-

Digitized by Google

fasser die Vorteile des mikrochemischen Verfahrens nach Unna zwecks Differenzierung der verschiedenen Epidermisschichten hervor.

Über Vakzinetherapie (Fortsetzung), von Stanislaw Serkowski. Auf Grund weiterer Versuche mittels Römerschen Pneumokokkenserums kommt der Verfasser zum Schlusse, daß es irrig sei, die Rolle der Phagozyten bei der Phagozytose als eine passive zu betrachten und daß nur die im Serum befindlichen Opsonine von Bedeutung seien; vielmehr ergibt sich bei demselben Serum ein ungleicher Index phagocyticus unter Anwendung gleicher Bakterien bei gleichzeitiger Vertauschung menschlicher Leukozyten. Ceteris paribus hängt der Index phagocyticus sowohl vom Serum wie auch von den Bakterien und Leukozyten ab. Irrig ist auch die Annahme Neufelds, wenigstens mit Beziehung auf das Römersche Pneumokokkenserum, daß es möglich sei, auf Grund des bakteriologischen Titers die therapeutischen Eigenschaften des gegebenen Serums zu bestimmen. Weitere Versuche mit verschiedenen pathogenen Bakterien, über deren Verhalten unter Einwirkung therapeutischer hochagglutinierender Sera ergeben, daß z. B. das Bakterium coli im verschiedenen Grade phagozytiert wird; den höchsten Grad erhält man unter Einwirkung normaler menschlicher Sera, wenn das Serum und die Leukozyten von demselben Individuum stammen. Der Verfasser betrachtet auch die Opsonine gleich den Agglutininen als spezifisch. Was die Gonokokkenvakzine anbelangt, kam der Verfasser zur Überzeugung, daß größere Dosen nach einer vorübergehenden Erhöhung eine Senkung der Temperatur hervorrufen, kleinere Dosen dagegen sofort eine Senkung herbeiführen, ohne vorherige Erhöhung. Die von Wright angegebenen Dosen sind für die Praxis entschieden zu niedrig, es ist daher mit 25 Millionen in einem halben Kubikzentimeter zu beginnen, und bei Individualisierung langsam zu steigen. Dasselbe gilt für Streptokokkenvakzine. Die Frage der Dosierung bleibt aber noch immer offen. Schließlich anerkennt der Verfasser das große Verdienst Wrights betreffend die Popularisierung der prophylaktischen Typhusvakzine und anderer therapeutischer Vakzine, wobei an Stelle des Index der Tierversuch in erster Reihe steht; speziell gilt dies für alle mittels Kellescher Methode hergestellten Vakzine. Diese Methode hat der Verfasser auch bei der Choleraepidemie in Südrußland verwendet; sowohl diese Methode als auch die der Gewichtsdosierung sind jedoch der Wrightschen Methode überlegen; Wrights Theorie hat aber die Anwendungsgrenzen der Vakzine erweitert, löste viele Fragen auf dem Gebiete der Phagozytose und Physiologie der Selbstimmunisierung, und dies bleibt sein großes Verdienst.

Über die Parapsoriasis Brocq, von Julius Wisniewski. Es ist ein Verdienst Brocqs, einige untereinander ähnliche Krankheitsbilder in einen Rahmen als Parapsoriasis hineinzuzwängen, wobei er drei Untergruppen, und zwar die Parapsoriasis en gouttes, en plaques und lichenoide, einführte.

Der Verfasser erwähnt kurz fast alle bis jetzt beschriebenen Fälle dieses Leidens und kommt auf einen von ihm beobachteten Fall zu sprechen, welcher ein 12jähriges zartes Mädchen betrifft. Die Krankheit begann im Januar 1912 zuerst an den oberen Extremitäten an deren äußeren Flächen in Gestalt von Flecken und Knötchen von der Größe eines Stecknadelkopfes; deren Farbe war blaßrosa bis braungelb, mit einer zarten grausilbernen Schuppe im Zentrum, die Ellenbogengegend blieb frei. Später erschienen Effloreszenzen an der Brust-, Bauch- und Kreuzgegend. Nach Entfernung älterer Schuppen kommt es zu leichter punktförmiger Blutung. Pyrogallussalben und ähnliche verschlechterten den Zustand, während indifferente Salben eher günstig wirkten, so daß die Effloreszenzen bis auf einige verschwanden. Die langsame Entwicklung, der schleppende Verlauf, der Mangel von Jucken und Schmerz, die Oberflächlichkeit des Prozesses, leichte Schuppung lassen diese Form klinisch wie histologisch in die Gruppe

Digitized by Google

„Parapsoriasis en gouttes" einreihen. Histologisch untersucht erscheint das Stratum corneum beträchtlich verdünnt; die Umrisse der Zellen sind nicht gut unterscheidbar, das Stratum lucidum ist nicht zu sehen. Die Zellen des Stratum granulosum sind abgeflacht, deren Kerne sehr deutlich und gut tingierbar, im Protoplasma seltene, zerstreute Keratohyalinkernchen. An manchen Stellen ist das Stratum granulosum so schwach sichtbar, daß es scheint, als würde das Stratum corneum direkt dem Stratum spinosum aufliegen. Im Stratum spinosum fallen im Protoplasma hier und da Vakuolen auf, zwischen den Stachelzellen hier und da polynukleäre Leukozyten, sowie selten karyokinetische Figuren.

Die Koriumpapillen sind überwiegend flach, niedrig, längs einiger Papillengefäße eine mittelmäßige Infiltration; hier und da sieht man diffuse oder auch deutlich begrenzte unregelmäßige Granulationsherde, und gerade diesen Herden entspricht eine bedeutende Verdünnung des Epithels, wobei noch das Stratum corneum am besten sichtbar ist. Histologische Veränderungen, die für eine spezifische Entzündung sprechen würden, waren nicht zu sehen. Henry Rosmarin-Lemberg.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

September 1913, Bd. 2.

1. Zur Frage des syphilitischen Fiebers, von Bjelokur. Verfasser, welcher früher über Fälle von fieberhaften Erscheinungen in den späten Syphilisstadien geschrieben hat, berichtet über eine weitere derartige Beobachtung. Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, welcher im Laufe der letzten 15 Jahre periodenweise an unerklärlichem Fieber, verbunden mit Schüttelfrösten, Durchfällen und Schweißausbrüchen, gelitten hatte, die ihn verhältnismäßig wenig erschöpften. Der Fall blieb jahrelang ohne Diagnose, bis sich schließlich der jede Lues leugnende Patient zu einer Wassermannschen Reaktion entschloß und diese positiv ausfiel. Der gute Erfolg der Jodkaliumbehandlung bestätigte, daß es sich um eine syphilitische Septikämie handelte.

2. Zur Frage der Ätiologie der Syphilis, von Bogoljepow. In einer längeren, auf vielen eigenen Untersuchungen beruhenden Arbeit bekennt sich Verfasser zu den Niessenschen Anschauungen über die Syphilis, in der er diese Krankheit als Mykose auffaßt, deren Pilzerreger zur Klasse der Hyphomyzeten, Muzedineen von der Gattung Oospora, Monilia von der Familie Dematiceae gehören. Die Spirochaeta pallida bildet, ähnlich den nadelförmigen und fusiformen Bakterien, ein Stadium im Leben des hochorganisierten Pilzes aus der Klasse der Muzedineen. Die durch Reinkultur gewonnene Spirochaeta pallida erschüttert nicht die Richtigkeit der Annahme von der mykotischen Natur der Syphilis, denn unter gewissen Lebensbedingungen und auf einem bestimmten Nährboden kann ein jedes der Pilzelemente kultiviert werden und wachsen wie ein selbständiger Mikroorganismus.

Die Bezeichnung Syphilis sollte demnach aus der medizinischen Terminologie schwinden und dem Namen Mykose oder Syphilis-Mykose Platz machen.

Die Wassermannsche Reaktion müßte in dem Sinne verändert werden, daß ihr Antigen, die Leber des syphilitischen Fötus, welches in sich die Pilze birgt, durch die Reinkultur des Pilzes, gewonnen von Syphilitikern, ersetzt werden sollte.

Die mykotischen Erkrankungen beginnen am häufigsten, neben einer Infektion durch den Geschlechtsakt, als Erkrankungen mykotischen Charakters der Mundhöhle, bei welcher der Pilz im Sporenstadium oder in Form einer Symbiose der fusi-

Digitized by Google

formen und nadelförmigen Bazillen mit Spirochäten oder in Form von Hefezellen und Fäden von Myzelien vorkommt, wie das auch in den Belägen des Pilzes des Soors zu konstatieren ist.

Zu dieser Arbeit bemerkt die Redaktion der Zeitschrift in einer Fußnote, daß sie die Ansicht des Verfassers nicht teile, aber dieselbe, geleitet von dem Grundsatz audiatur et altera pars, dennoch aufgenommen habe.

3. Was lehren und was geben uns die neuen Untersuchungsmethoden und die neuen Mittel für die Behandlung und für die Prognose der Syphilis? von GLAWTSCHE. Der Hauptwert des Nachweises lebender Spirochaetae pallidae liegt in der Möglichkeit einer frühen Diagnose des Primäraffektes und im Erkennen zweifelhafter Rachenaffektionen bei Syphilitischen. Hinsichtlich der WASSERMANNschen Reaktion ergaben Tausende von Untersuchungen, daß dieselbe in der größeren Mehrzahl von manifester Syphilis, mag es sich um Mono- oder Polysymptome handeln, positiv ausfällt. Dieser Umstand gibt der WASSERMANNschen Reaktion eine hohe diagnostische Bedeutung und deutet auf das Vorhandensein aktiver Syphilis im Organismus. Wenn auch die Reaktion in einzelnen Fällen versagt, so findet sich dafür stets eine Erklärung, sei es im Vorhandensein bloß eines einzelnen Symptoms oder in der vorhergegangenen spezifischen Untersuchung. Das Salvarsan verwendet Verfasser, der möglichen Gefahren wegen, nur in kleiner Dosis, 0,3 bis 0,4, und zwar bei Syphilis maligna im ersten Beginn der sekundären Affektion, d. h. in den ersten Tagen des Auftretens des harten Schankers, ferner bei sekundären Rachenaffektionen, die einer energischen Hg-Behandlung trotzen, oder bei anderen hartnäckigen Formen von Syphilis, weiter bei unverändert bleibender positiver WASSERMANN-Reaktion und endlich in wiederholter ganz kleiner Dosis, 0,2 bis 0,3, abwechselnd mit Hg und J bei Tabes und Aortitis syphilitica.

4. Einige Beobachtungen über die Wirkung des Embarins bei Syphilis, von KARELIN. Die Schlußfolgerungen über diese Behandlung sind folgende: Die Embarininjektionen werden von allen Kranken gut vertragen, wobei es weder zur Bildung von Infiltraten, noch zu einer Schmerzempfindung, noch zur Entwicklung von Albuminurie kommt. Unter dem Einfluß dieser Injektionen schwanden die verschiedensten Erscheinungen der sekundären und tertiären Periode, wobei sich der Prozentgehalt an Hb wie die Anzahl der roten Blutkörperchen fast stets vermehrte, während die Menge der Leukozyten bald größer, bald kleiner wurde.

Das Gewicht der Kranken hob sich fast bei allen. Das Embarin ist aber imstande, eine Reihe von verschiedenen ernsten Nebenerscheinungen hervorzurufen, die als Erscheinungen von Idiosynkrasie aufzufassen sind.

5. Parapsoriasis lichenoides BROCQ, von KARSCHIN. Der beschriebene Fall zeichnet sich durch das Fehlen der Schuppung, Auftreten des Ausschlages auf der Stirn und auf der Rückenfläche beider Hände und durch ein Besserwerden unter der Behandlung mit Injektionen einer einprozentigen Natrium arsenicum-Lösung aus.

Arthur Jordan-Moskau.

Revue clinique d'Urologie.

Juli 1913.

1. Pseudozystitis durch funktionelle Blaseninsuffizienz, von HENRY REYNÈS. Es gibt Fälle von Blaseninsuffizienz mit allen Erscheinungen, wie Dysurie, trüber Harn, inkontinenz usw., bei denen keine Spur einer lokalen oder allgemeinen Erkrankung nach-

Digitized by Google

gewiesen werden kann. Diese Erscheinung kommt bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter vor und erklärt sich aus äußeren Umständen und den sozialen Verhältnissen. Kinder in der Schule oder beim Spiele, Beamte im Bureau, Arbeiter und Dienstmädchen bei der Arbeit sind oft gehindert, ihren Urindrang zu befriedigen, halten den Harn zurück und überdehnen dadurch die Blase. Dies wiederholt sich öfters, und schließlich halten die Betreffenden den Harn freiwillig zurück. Die Blase wird immer mehr ausgedehnt, entzündet sich und gerät so in den Zustand der chronischen Insuffizienz mit allen Folgen. Bei solchen Fällen wird die Diagnose oft verfehlt, und es ist daher eine eingehende Anamnese erforderlich. Die Therapie besteht in einfacher Anleitung zur normalen Miktion; innere Mittel oder Spülungen schaden eher.

2. Beitrag zum Studium der Nierenzysten, von L. Dominici. Verfasser bringt die eingehenden Krankengeschichten dreier Fälle und bespricht sie ausführlich. Bezüglich der Pathogenese der Nierenzysten bestehen drei Hypothesen: 1. Die Zysten sind gebildet durch Harnretention oberhalb eines Hindernisses, das durch umschriebene perikanalikuläre Sklerose dargestellt wird. 2. Sie sind die Folge einer abnormen Proliferation und Sekretion des Nierenepithels. 3. Sie entstehen infolge einer embryonalen Störung. Verfasser hat zwar bei seinen Fällen mikroskopisch die Zeichen der Entzündung gefunden, doch kann er sich nach keiner Richtung hin entscheiden.

3. Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik der Blennorrhagie, von R. Frohnstein. Verfasser bespricht näher die Wirkungsweise der Vakzine, ihre Herstellung und Anwendung. Er hat sehr gute Erfolge bei allen Erscheinungen der Blennorrhoe gesehen, auch bei chronischer Erkrankung mit Morgentropfen. Die besten Resultate hatte er aber bei Arthritis und Gonokokkämie. Nach den Injektionen beobachtete er stets eine allgemeine und eine lokale Reaktion. Doch ist Verfasser nicht dafür, starke Reaktionen zu produzieren, da kleine Dosen nach seiner Erfahrung ebensogut wirken, ohne aber den Organismus durch starke Temperaturschwankungen zu schädigen. Die lokale Reaktion und die Fiebersteigerung erscheinen dem Verfasser spezifisch und daher diagnostisch verwertbar. Tripperfreie Personen oder geheilte Patienten zeigen die Reaktion nicht. (Nur acht Kontrollfälle!! Der Referent.)

4. Behandlung der Blasenexstrophie mittels Bildung einer neuen Blase und Urethra, von J. Kielkiewicz-Warschau. Verfasser geht folgendermaßen vor: Er dringt zwischen Rektalschleimhaut und Muskel ein und isoliert beide. Dann schaltet er auf abdominalem Wege eine Dünndarmschlinge aus, zieht sie in die Wunde am Anus, eröffnet sie und näht sie dort fest. Durch methodisches Spülen wird das Darmstück dilatiert und das Absorptionsvermögen der Schleimhaut vernichtet; es ist dadurch eine neue Blase mit etwa 200 ccm Kapazität gebildet, die vor dem Anus mündet. In einer späteren Operation wird die exstrophische Blase entfernt und die Ureteren mit einem Schleimhautlappen in die neue Blase implantiert. Verfasser hat drei Fälle auf diese Weise behandelt. Einer starb an Peritonitis, beim zweiten gelang die zweite Operation nicht, der dritte wurde geheilt. Er kann den Urin (225 ccm) bis zu zwei Stunden anhalten; der Harndrang manifestiert sich in einem Druckgefühl am Perineum und muß sofort gestillt werden, da der Urin sonst tropfenweise abfließt. Der Urin kann auch ohne Stuhlgang abgelassen werden. Während des Schlafes ist der Kranke meist inkontinent.

5. Kleine Steine in einer Blasenzelle, von Girard-Toulon. Der Kranke hatte zu wiederholten Malen an Hämaturie gelitten, für die kein Anhaltspunkt gefunden werden konnte. Bei einer Zystoskopie sah Verfasser rechts hinten einen leichten Vorsprung; er fuhr mit der Uretersonde darunter und mobilisierte so einen linsengroßen Stein, der

Digitized by Google

in die Blase fiel. Er drang dann etwa 1 cm tief in das Lumen einer Blasenzelle ein und fühlte noch Steine, die er schließlich mittels forcierter Bewegungen der Sonde heraushebeln konnte. Es waren zwölf Steine, die alle in einer Blasenzelle gesessen hatten. Richard Frühwald-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

Juni 1913.

1. Über Incontinentia urinae bei Frauen, von Howard o Kelly in Baltimore. Kelly beschreibt eine besondere Art von Incotinentia urinae, an der Frauen oft teils im Anschluß an Entbindungen, teils ohne greifbare Ursache in den vierziger Jahren leiden. Das zystoskopische Bild zeigt das Orificium internum klaffend resp. mit einem sehr trägen Verschluß. Das Leiden beginnt mit Urinträufeln, steigert sich aber allmählich so weit, daß bei jeder Bewegung oder Erschütterung ein feiner Urinstrahl unwillkürlich abgeht und zu einer oft qualvollen Belästigung wird. Die meisten bisher zur Heilung unternommenen operativen Eingriffe erstreckten sich auf das Orificium externum und waren daher ergebnislos. Der Verfasser beschreibt seine Operationsmethode, die er durch eine Abbildung veranschaulicht; dieselbe ist einfach und fast stets von vollem Erfolge.

2. Arteriosklerose und Hautkrankheiten, von Louis Fangeres Bishop in New York-City. Der Verfasser bespricht in seiner Arbeit unter vorstehendem Titel Zirkulationsstörungen, die zugleich an der Haut und am Herzen manifest werden, und die oft sehr harmloser Natur sind und durch geeignete Regelung der Lebensweise (viel Bewegung im Freien) und der Diät (wenig Proteinstoffe und gelegentlich alle zehn Tage Darmreinigung durch Rizinusöl) gebessert oder geheilt werden.

Dann spricht der Verfasser über den Zusammenhang von Nävi und Zirkulationsstörungen und endlich ziemlich ausführlich über Raynaudsche Krankheit.

Wenn auch die eigentlichen Ursachen der Hautangiome noch nicht restlos bekannt sind, so scheinen dem Verfasser folgende Momente teils einzeln, teils zusammenwirkend für diese Frage in bezug auf die Beziehung zur Arteriosklerose wichtig:

a) Endotheldefekte der Blutgefäße. b) Eine Intoxikation der Intimazellen, hervorgerufen durch zirkulierende Toxine, die eine selektive Wirkung auf das Endothel haben. c) Solche Faktoren, die zu einer Erhöhung des Blutdruckes führen, z. B. Übermaß im Essen und Trinken. d) Mannigfache organische Veränderungen, die zu Stockungen im Blutkreislauf und vermehrter Spannung führen. e) Autochthone Substanzen, die erzeugt durch mangelhafte Verdauung (Hypopepsie oder ungenügende Pankreaswirkung usw.) einen toxischen Einfluß auf die vasomotorischen Ganglien ausüben und auf diese Weise eventuell zu vorzeitigen arteriosklerotischen Veränderungen führen.

3. Psychopathia sexualis: „Erotische Träume", von W. Knowsley Sibley in London. Einige allgemeine Bemerkungen über sinnliche Träume; zum Referieren nicht geeignet.

4. Ein Fall von tertiärer Syphilis, kombiniert mit Glykosurie; erfolgreich behandelt mit Neosalvarsan, von Samuel Axilbund-Philadelphia. Der Verfasser bringt folgende Krankengeschichte: Am 1. April stellt sich eine Patientin vor mit Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel und häufiges Urinieren. Anamnestisch war

Digitized by Google

zu eruieren, daß die Patientin fünfmal schwanger war; erst drei Aborte im dritten bis siebenten Monat, dann zwei Totgeburten zur richtigen Zeit. Dabei nie erhebliches Übelbefinden. Seit zwei Monaten bestehen rheumatische Schmerzen im ganzen Körper, Kopfschmerzen und sehr starkes Durstgefühl. Die angeblich 46jährige Patientin, eine Farbige, wiegt 250 Pfund und zeigt an den Organen keine krankhaften Veränderungen, außer einer geringen Hypertrophie des linken Ventrikels und prallem, vollem Pulse. Auch im Gesicht und an der Mund- und Rachenschleimhaut nichts Abnormes, auf der Haut der Brust und des Rückens kleine pigmentlose Stellen, an beiden Unterschenkeln Ulzerationen. Die Pupillen reagieren träge, Patellarreflexe beiderseits leicht verstärkt, kein BABINSKI.

Bei genauer Feststellung des Urins ergab sich eine Menge von ca. 2½ Liter, spezifisches Gewicht 1028, Reaktion sauer, kein Eiweiß oder körperliche Bestandteile, dagegen Zucker, Azeton und Diazetessigsäure; bei kohlehydratloser Kost schwankte der Zuckergehalt in den nächsten fünf Tagen zwischen 3 bis 3½%. Am Abend des sechsten Tages ein epileptiformer Anfall, der einige Stunden dauerte. Auf Grund der pigmentlosen Stellen und der Angabe des Ehemanns, daß er Syphilitiker sei, wurde die Diagnose auf tertiäre Syphilis, plus Diabetes, gestellt und am übernächsten Tage 0,9 g Neosalvarsan intravenös infundiert. Nach anfänglich mäßig starker Reaktion (Erbrechen usw.) fühlte sich die Patientin am nächsten Tage wohler, der Zucker ging auf 1½% zurück und unter gemischter Diät auf 1% in einer Woche. Neun Tage später zweite Injektion von 0,9 g Neosalvarsan, gefolgt von heftigen Reaktionserscheinungen, die aber in 24 Stunden abgeklungen waren. Im Laufe von zirka drei Wochen war der Urin bei einer durchschnittlichen Menge von 1600 g klar, bernsteinfarben, spezifisches Gewicht 1019, kein Eiweiß, kein Zucker, gelegentlich (wie auch vor dem Salvarsan) einzelne Zylinder. Die Patientin fühlt sich sehr wohl und geht ihrem Berufe nach.

Der Verfasser hat in der Literatur nur drei Fälle gefunden, in denen Syphilis mit Diabetes kompliziert war; er selbst hat aber noch zwei ähnliche Fälle beobachtet, in denen er den Zuckergehalt von 4½% auf sichere luetische Infektion schieben möchte, doch entzogen sich diese Fälle der Beobachtung. Verfasser glaubt, daß es sich in solchen Fällen um ein Gumma des Pankreas handelt, wodurch die Glykosurie hervorgerufen wird, und rät, in allen sicher luetischen oder auch nur verdächtigen Fällen, Salvarsan oder Neosalvarsan anzuwenden.

5. Über eine Methode nichtoperativer Behandlung von Prostatitis, von BENHAM SNOW-New York. SNOW weist zunächst darauf hin, daß die Annahme, daß Prostataerkrankungen — abgesehen von blennorrhoischen — nur in höheren Lebensjahren vorkommen, eine irrige sei. Weder Alter noch äußere Lebensbedingungen schützen vor der Erkrankung der Prostata, die nach dem Verfasser 25% der gesamten männlichen Bevölkerung in mehr oder weniger hohem Grade befällt. Als ätiologische Momente kommen in Betracht: 1. Autointoxikation, 2. Blennorrhöe, 3. mechanische Insulte, 4. abnorme sexuelle Gepflogenheiten. Die chirurgische Behandlung möchte SNOW für Abszesse, maligne Tumoren und Hyperplasien reserviert wissen; für die Fälle von Infiltration des Gewebes mit lokaler Stase ist der Verfasser für unblutiges Verfahren. Nach Aufzählung der bekannten Symptome der Prostataerkrankungen wendet er sich zu der Frage der Therapie und geht sehr ausführlich auf die von ihm seit zwölf Jahren fast ausschließlich angewendete Methode der Behandlung mittels des galvanischen Stromes ein; er streift nur kurz die Massagebehandlung und gibt dann eine ausgedehnte Schilderung der Applikationsweise des elektrischen Stromes und der Indikation für dieses Vorgehen.

Digitized by Google

In den 210 Fällen, die der Verfasser so behandelt hat, hat er fast stets gute, bisweilen überraschende Resultate seiner Behandlung zu verzeichnen, so daß z. B. Patienten, die durch ihre von der Prostata herrührenden Beschwerden Neurastheniker geworden waren, sich in wenigen Tagen wie neugeboren fühlten.

6. Die Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Daniel Tucker Miller-Terrehaute. Der Verfasser bringt nichts wesentlich Neues; die Arbeit ist eine kurze Zusammenstellung der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei der Blennorrhöe. Von prophylaktischen resp. Präventivmaßregeln erwähnt Miller die Abstinenz, die verschiedenen Tropffläschchen mit Silberlösungen und sofortiges Urinieren post coitum. Bei Behandlung der Urethritis unterscheidet er anterior und posterior, und bei diesen wieder akute und chronische. Bei der ganz akuten Anterior beschränkt er sich auf Regelung der Diät (Verbot von Alkohol und Nikotin usw.), Ruhe und einige interne Antiblennorrhoika (besonders (Oleum santali). Erst beim Nachlassen der akut entzündlichen Erscheinungen beginnt er mit der lokalen Behandlung, und zwar Injektionen von Argyrol und Irrigationen mit Kalium permanganicum. Bei der Posterior Spülungen mit Kalium permanganicum, Argyrol oder anderen Silberlösungen.

In bezug auf die Vakzinebehandlung behauptet er, gute Erfolge gesehen zu haben, wenn dieselbe bei chronischen Fällen neben der lokalen Behandlung als adjuvans in Verwendung kommt, während sie bei der akuten Blennorrhöe wertlos ist. Hervorragende Dienste hat ihm die Vakzine geleistet bei den Komplikationen Epididymitis, Prostatitis und Vesikulitis; er beginnt mit 50 Millionen und steigt bis 500 Millionen, macht aber die Injektionen nur in der negativen Phase. Ebenso waren bei der Behandlung von Arthritis blennorrhoica die Erfolge meist sehr günstige.

Zum Schluß bespricht Miller noch die Behandlung der Urethra mit heißem Wasser; in einer Metallsonde wird Wasser von 50° Celsius 30 Minuten lang durch die Harnröhre geleitet; die Temperatur wird beim Einfluß und Ausfluß beobachtet. Verfasser selbst hat noch keine eigenen Erfahrungen, doch scheint ihm die Methode nach unseren Erfahrungen mit hohem Fieber bei interkurrenten Krankheiten vielversprechend.

Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. August v. Wassermann erhielt anläßlich der Eröffnung des von ihm geleiteten Kaiser Wilhelm-Institutes für experimentelle Therapie in Dahlem bei Berlin den roten Adlerorden 3. Klasse mit Schleife und Krone.

Der dirigierende Arzt der dermatologischen Abteilung des Stadtkrankenhauses II zu Hannover Dr. Gustav Stümpke wurde von der dortigen Kgl. Tierärztlichen Hochschule mit der Abhaltung von Vorträgen über Wesen und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sowie über sonstige hygienische Fragen, beauftragt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. November 1913 | Nr. 47 | Band 57

Aus dem Brodyschen Kinderspitale zu Budapest.

Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung der Papillitis nervi optici bei der Säuglingssyphilis.

Von

Dr. S. C. Beck, Dozent f. Dermatologie und Dr. M. Mohr, Dozent f. Ophthalmologie an der Universität Budapest.

Vor ungefähr drei Jahren hat Ludwig Heine die Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen der Papillitis nervi optici bei hereditärsyphilitischen Kindern gelenkt. Natürlich war dies kein Novum. Er selbst betonte ja, daß Japha an der Neumannschen Poliklinik, wo auch Heine sein Material gesammelt hat, schon 1905 diesbezüglich systematische Untersuchungen angestellt hat. Vereinzelt ist auch von Augenärzten auf die syphilitische Säuglingspapillitis hingewiesen worden, so von Groenouw, Sauvineau, Uhthoff, doch haben Japha und Heine zuerst die Frage an einem größeren Material bearbeitet. Es litten nach der Japha-Heineschen Statistik von 105 syphilitischen Säuglingen 86 an Neuritis optica, was nahezu 82 % entspricht. Wenn dies zutrifft, so muß die Neuritis optica als das häufigste Symptom der angeborenen Säuglingssyphilis bezeichnet werden, da nach Heines Untersuchungen Milzschwellung nur in 75,4 %, Schnupfen in 73 % nachzuweisen war und die Häufigkeit der Hautsymptome sogar unter dieser Zahl bleibt.

Da von syphilidologischer Seite diesem Umstand bis jetzt viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, entschloß ich mich (Dr. Beck), an dem mir zur Verfügung stehenden, ziemlich großen Material der Frage über die Häufigkeit der Papillitis nervi optici näher zu treten und ersuchte meinen Spitalskollegen, Herrn Dozenten Dr. M. Mohr, die Augenhintergrund-Untersuchungen der von mir überwiesenen Säuglinge zu vollziehen. Um jeder Voreingenommenheit vorzubeugen, habe ich bei der Überweisung der Kinder weder die Diagnose, noch die anamnestischen Daten mitgeteilt, und habe kontrollehalber auch sicher nichtsyphilitische Säuglinge untersuchen lassen. In den meisten Fällen, in welchen eine syphilitische Papillitis gefunden wurde, sind während der Behandlungs- und Beobachtungszeit wiederholt Augenhintergrund-Untersuchungen angestellt

Digitized by Google

worden, um über den Verlauf und über die Dauer der Augenhintergrund-Veränderungen Aufschluß zu bekommen. Diese Untersuchungen ergaben interessante statistische Daten und Beobachtungen, welche wir in den folgenden mitteilen.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes ist bei Säuglingen keine leichte Aufgabe. Sie beansprucht große Erfahrenheit und Geduld, da ja die Säuglinge bei diesem Akt sehr unruhig werden. Auf die Schilderung der technischen Einzelheiten, die ja mehr für den Augenarzt von Interesse sein könnten, wollen wir uns an dieser Stelle nicht einlassen.

Im ganzen wurden 126 syphilitische Kinder mit dem Augenspiegel untersucht, dessen Alter 8 Tage bis $1^1/_2$ Jahre betrug. Unter diesen 126 Fällen waren 62 mit ausgesprochener Neuritis optica behaftet, also ungefähr die Hälfte unserer Fälle. Ein vollständig normaler Augenhintergrund war bei 45 Kindern zu verzeichnen, während bei 19 die Papilla nervi optici zwar nicht das normale physiologische Aussehen hatte, aber auch nicht als sicher krank zu bezeichnen war. Die Untersuchungen ergaben nämlich, daß bei Säuglingen die Farbe der Papilla nervi optici manchmal auch normalerweise eine Abweichung vom gewöhnlichen Bilde darbietet. Sie ist nicht rosarot, sondern von mehr grauer Farbe, aber mit scharf umschriebenem Rande. Dieser, vielleicht auch schon von anderen beobachteten Differenz wurde, wie es scheint, nicht viel Beachtung geschenkt, nur Eversbusch erwähnt sie in seinem kurz vor seinem Tode erschienenen Buche. Bei 19 sicher syphilitischen Kindern fanden wir nur diese Abweichung von der normalen Farbe, und wenn auch der Papillenrand manchmal nicht vollkommen scharf begrenzt war, oder die Papille selbst etwas geschwollen zu sein schien, bezeichneten wir diese Fälle nur für zweifelhaft, da dieses Bild ebensogut einer Papillitis incipiens oder in stadio reparationis entsprechen konnte, wie einer physiologischen, auch bei Gesunden vorkommender Abweichung. Wir stellten also nur in jenen Fällen die Diagnose einer Papillitis syphilitica, bei welchen die Papillitis nervi optici von grauer Farbe war, mit unscharf begrenztem, verschwommenem Rande, mit bedeutender Schwellung (4—6 D. Niveaudiff.) und mit mehr oder minder ausgesprochenem, die Gefäße bedeckendem Exsudat. Oft breitet sich die Exsudatsmasse auch auf die Retina aus, in einem Umfange, der ungefähr dem halben Papillendurchmesser entspricht. Manchmal sind auch streifenförmige Blutungen sichtbar.

Der Unterschied in den Zahlen, der zwischen unserer Statistik und der Heine-Japhaschen besteht, ist vielleicht teilweise jenem Umstande zuzuschreiben, daß sie diese zweifelhaften Fälle auch zur Papillitis gerechnet haben. Wenn wir dies tun, so ergibt sich auch aus unseren

Digitized by Google

Zahlen ein viel höherer Prozentsatz, ungefähr 65 %, der aber noch immer ziemlich weit von den 82 % der Heine-Japhaschen Statistik zurückbleibt. Im allgemeinen haben wir es aber doch bestätigen können, daß die Papillitis nervi optici ein sehr häufiges und ein sehr frühes Symptom der hereditären Syphilis bildet.

Nach dem Alter verteilte sich unser Material in folgender Weise:
1 Woche bis 3 Mon. alt waren 86 Kinder, davon Papillitisfälle 49 = ca. 58 %
4 Mon. „ 7 „ „ „ 19 „ „ „ 6 = „ 31 %
7 „ „ 18 „ „ „ 21 „ „ „ 7 = „ 33 %
Dazu kommt noch ein zwei- und ein dreijähriges heredo-syphilitisches Kind, mit normaler Papilla, die wir aber ihres höheren Alters wegen nicht mehr in unsere Statistik aufnahmen.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß die Neuritis syph. nervi optici am häufigsten in den ersten drei Lebensmonaten zu konstatieren ist, während im späteren Alter die Häufigkeit abnimmt, doch kommt sie selbst bis $1^1/_2$ Jahren noch in einem Drittel der Syphilisfälle vor. Systematische, öfters wiederholte Untersuchungen bei denselben Kindern ergaben, daß die Papillitis bei älteren Kindern, von 7—18 Monaten, ziemlich rasch verläuft und in 3—4 Wochen zumeist beendet ist, während bei ganz jungen Säuglingen, selbst bei energischer Behandlung mit Quecksilber oder Salvarsan, die Papillitis sich zumeist erst nach mehreren Monaten vollkommen zurückbildet. Im jüngsten Alter ist also dieser pathologische Prozeß kaum zu beeinflussen. Der scheinbar raschere Verlauf bei älteren Kindern ist dadurch zu erklären, daß der in sich gutartige Prozeß, zu jener Zeit, wo wir therapeutisch eingreifen, schon in spontaner Involution begriffen ist.

Das jüngste Kind, welches untersucht wurde, war acht Tage alt doch hatte es schon eine ausgesprochene Papillitis, mit dickem grauen Exsudat und kaum erkennbaren Gefäßen. Bei einem anderen, ebenfalls eine Woche alten Kinde konnten wir die Entwicklung der Entzündung verfolgen. Im Anfang war nur eine leise Trübung sichtbar, welche sich bei wiederholten Untersuchungen zu einer ausgesprochenen Entzündung entwickelte.

Bei Erwachsenen gehört die Neuritis optica zu den seltensten Erscheinungen der Syphilis. Interesssant sind diesbezüglich Fehrs Untersuchungen, welche die relativ hohe Zahl von 2,2 % Neuritis optica resp. Stauungspapille ergaben, und zwar auf Grund eines ziemlich großen Materials von 2663 syphilitischen Individuen. Es hat sich aber die bemerkenswerte Tatsache feststellen lassen, daß ausgesprochene Neuritis optica ohne jede Sehstörung oder sonstigen subjektiven Beschwerden vorkommen kann.

Digitized by Google

Die Feststellung der Papillitis nervi optici bei hereditär-syphilitischen Säuglingen kann uns also in diagnostischer Hinsicht sehr gute Dienste leisten. Wir haben mehrere Fälle gehabt, wo wir auf Grund des Augenbefundes die sichere Diagnose stellen konnten, welche später durch den positiven WASSERMANN bestätigt wurde. Sie ist aber auch eines der am längsten bestehenden Symptome, welches selbst noch viele Wochen lang, nachdem schon alle anderen Symptome (Hauterscheinungen, Milz- und Leberschwellung) geschwunden sind, bestehen kann.

Wir müssen EVERSBUSCH vollkommen beipflichten, daß die Neuritis nervi optici oft das einzige Symptom der hereditären Syphilis bildet, so daß die Untersuchung des Augenhintergrundes durch den Ophthalmologen in jedem Falle von Säuglingssyphilis, besonders aber in zweifelhaften Fällen, dringend geboten ist.

Literatur.

EVERSBUSCH, Die Augenerkrankungen im Kindesalter in SCHLOSSMANNS u. PFAUNDLERS Handb. d. Kinderkrankh., 1912. — FEHR, O., Über die syph. Rezidive am Auge nach Salvarsanbehandl. Med. Klinik, 1912, Nr. 23. — GROENOUW, in GRAEFE-SAEMISCH, 2. Aufl., Bd. 11. — HEINE, Beitrag z. Prognose u. Symptomatologie d. heredit. Syph. Jahrbch. f. Kinderheilk., 1910. — JAPHA, Dtsch. med. Wochenschr., 1905. — SAUVINEAU, Lésions du nerf opt. dans l'héredo-syph. Revue generale d'Ophthalm., 1898. — UHTHOFF, Über infektiöse Neuritis opt. Bericht über die 28. Versammlung der ophthalm. Ges., Heidelberg.

Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in CASANOVAS Memoiren.

Von

Prof. Dr. v. NOTTHAFFT, München.

(Schluß.)

Der Schurkenstreich CASANOVAS, der trotz des Bewußtseins von der Übertragbarkeit seines vier Tage alten Trippers mit einem Mädchen Geschlechtsverkehr pflog, rächte sich. Denn als CASANOVA am 6. V. 1744 wieder nach Orsera kommt, erfährt er hier vom Arzt, daß auf indirektem Wege von diesem Mädchen „in weniger als einem Monat einige 50" Menschen angesteckt wurden, daß die folgenden Monate „nicht minder fruchtbar" waren, und noch jetzt einige Patienten für voraussichtlich einen Monat zu tun gäben. Also eine richtige Endemie (Bd. 2, S. 90). Inkubationszeit (ein Tag) und Heilungsdauer (etwa vier Wochen) lassen auch hier wieder an die Möglichkeit einer Gonorrhoe denken; allerdings wäre

Digitized by Google

ein Ulcus molle auch nicht auszuschließen. Wenn die Annahme, daß die erste Infektion eine Gonorrhoe war, richtig ist, spricht die Behandlung der Affäre durch den Autor als einer Wiederholung des erstmaligen Mißgeschickes für die Annahme, daß auch im zweiten Falle Gonorrhoe vorgelegen haben könnte. Allerdings könnte es sich auch um ein Rezidiv seiner ersten Infektion handeln, da sie nur zwei Monate nach Heilung dieser erfolgte. Auch ließe daran die symptomisch offenbar sehr leichte Infektion denken, welche eine zweistündige Orgie am fünften Tage des Trippers gestattet. Dagegen spricht aber wieder, daß seine beiden Geliebten Nanetta und Martina, mit welchen Casanova in der ersten Julihälfte wiederholt verkehrt hatte, weder bei ihm ein Rezidiv erzeugt hatten, noch offenbar selbst infiziert worden sind. Denn weder erfahren wir etwas derartiges, noch infiziert sich Casanova, während er in der Zeit Ende Juni, Anfang Juli 1743 und ebenso im April 1744 wieder mit beiden Mädchen verkehrt (Bd. 1, S. 257—267; Bd. 2, S. 6ff.), nun an diesen. Nanetta selbst wird bald darauf Gräfin R. und hat jedenfalls eine gonorrhoische Sterilität nicht erhalten; denn Casanova sieht 24 Jahre später ihren „ältesten" Sohn; sie hat also mehrere Kinder gehabt (Bd. 2, S. 264). Dagegen wäre es eher möglich, daß die zweite „Gonorrhoe" übertragen worden ist. Denn von den letzten Septembertagen bis Ende November findet wiederholter Verkehr mit Frau Lukrezia, zuletzt sogar mit der noch jungfräulichen Schwägerin Angelica des Neapolitaner Advokaten Castelli (?) statt. Lukrezia gebärt nur eine Tochter (Leonilda) (Bd. 7, Kap. XI, S. 428ff.), und ihre Schwester Angelica will sich später seiner kaum noch erinnern (Bd. 7, Kap. IX, S. 357). Allerdings ist es bei dem am 27. VIII. bei Serravella erfolgten Verkehr mit „schamloser Vettel" auch zu keinem Rezidiv gekommen (Bd. 1, S. 307).

Dritte Infektion mit 20 Jahren an einer Kurtisane (Melulla) auf Korfu Ende Juli 1745.

„Am dritten Tage verspürte ich beim Aufstehen ein fürchterliches Brennen und erkannte sofort, in welchen abscheulichen Zustand die unglückselige Zantiotin mich versetzt hatte . . . Und als ich erst daran dachte, welches Unglück ich hätte anrichten können, wenn ich im Laufe der letzten drei Tage von meiner göttlichen Freundin (Frau v. F.) irgend eine Gunst erlangt hätte, . . . wenn ich sie für ihr ganzes Leben unglücklich gemacht hätte . . . Indessen hoffte ich davon zu kommen, wie es mir die ersten drei Male gelungen war. Ich entschloß mich daher zu einer Lebensweise, die mich in sechs Wochen wieder gesund gemacht haben würde, . . . aber . . . Melulla hatte in meine Adern alle schlechten Säfte ergossen, wodurch die Quellen vergiftet werden, aus denen das Leben strömt. Ich kannte einen alten Doktor, der auf diesem Gebiete große Erfahrung besaß; ihn zog ich zu Rate, und er versprach mir, mich binnen zwei Monaten völlig wiederherzustellen. Er hielt Wort, zu Anfang des Monats September sah ich mich wieder völlig gesund" (Bd. 2, S. 251—257).

Digitized by Google

Diese Infektion ist für uns sehr wertvoll. Das „fürchterliche Brennen" (beim Pißakt) am Morgen, dazu die Inkubation von zwei Tagen läßt wohl mit Sicherheit einen Tripper annehmen. Die Sache beginnt offenbar mit denselben Symptomen wie die ersten beiden Male. Man darf jetzt also den Wahrscheinlichkeitsschluß machen, daß auch die ersten beiden Male Gonorrhoe vorgelegen hat. Man geht wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß es dieses Mal zu einer Hodenentzündung gekommen ist. Ob zu einer doppelseitigen, weil es heißt: Quellen des Lebens? Dies erscheint fraglich; denn von Casanovas Kindern, die er angeblich mit Lukrezia Castelli, Mimi Quinsson, Teresa (-Palesi), Teresa Imer, Mariuccia, Dubois (-Lebel), Leonilda und Katharina C. erzeugt hat, datieren nur die Tochter Lukrezias, Leonilda, und der Sohn der Teresa-Bellino (-Palesi) aus der Zeit vor der Melulla-Episode. Allerdings, was will das besagen, wenn von all diesen Müttern historisch nur die einzige Therese Imer festzustellen ist, und auch hier die Geschichte nichts von der Vaterschaft Casanovas an ihrer Tochter Sophie weiß, während die anderen Romanfiguren nicht nachzuweisen, ja unmittelbar zu bezweifeln sind, oder, wie bezüglich Therese Palesis wohl feststeht, überhaupt nicht existiert haben! (Bd. 1, S. 385; Bd. 2, S. 34; Bd. 7, S. 310; Bd. 3, S. 390; Bd. 5, S. 243; Bd. 6, S. 316; Bd. 8, S. 240; Bd. 12, S. 184; Bd. 12, S. 173; Bd. 7, S. 393; Bd. 12, S. 241ff.; Bd. 14, S. X; Bd. 3, S. 271).

Längere Zeit scheint auch dieses Mal die Infektiosität nicht gedauert zu haben. Wenigstens haben die wilden Nächte, die Casanova in der zweiten Hälfte des Oktober 1746 zu Venedig mit der Gräfin A. S. durchlebte, scheinbar auch bei ihr nicht zur Infektion geführt. Schon Ende Januar 1747 ist sie an einen Marchese von * * * verheiratet und schreibt Casanova, daß sie glücklich sei (Bd. 2, S. 345); ebensowenig wird um diese Zeit die Venetianerin Ramon, die spätere Frau des Tänzers Binet (Binetti) angesteckt, falls wir überhaupt hier aus dem Text einen Geschlechtsverkehr herauslesen dürfen (Bd. 2, S. 346). Denn Casanova trifft sie späterhin noch wiederholt (zu Stuttgart, London, Warschau), ohne daß wir etwas erfahren, was auf Infektion oder ein Frauenleiden hinwiese (Bd. 7, S. 125; Bd. 9, S. 417; Bd. 10, S. 90; Bd. 11, S. 47). Das Gleiche gilt für Christine, die hübsche Pfarrersnichte von Pr., die auch zu jener Zeit verführt wird. Noch während der Fastenzeit findet die Hochzeit derselben mit Carlo * * * statt; in der Osterwoche wird uns das glückstrahlende Paar wieder vorgeführt (Bd. 2, S. 348ff.). Später begegnen wir Christine als glücklicher Frau und Mutter noch einmal zu Venedig (Bd. 3, S. 150).

Vierte Infektion mit 22 Jahren an einem „schamlosen widerlichen Weibsbild" zu Mantua. Ende 1747 (wahrscheinlicher Anfang 1748).

Digitized by Google

„. . . und band mit mir an, um mich schließlich trotz meines Widerwillens auf sechs Wochen krank zu machen . . . Am (über)nächsten Tage fand ich mich krank, und der Leser weiß warum. Ich hielt Diät, was in diesem Alter sehr langweilig ist." Zu Ostern 1748 ist Casanova bereits „vollkommen genesen". Ostern war aber in diesem Jahr am 14. April (Bd. 1, S. 423).

Wenn man anderen Angaben Casanovas glauben könnte, dürfte die Sache auch vorüber gewesen sein. Denn den ganzen Sommer und Herbst 1748 spielt dann die Liebesgeschichte mit der geheimnisvollen Henriette (Bd. 3, S. 16—122). Noch zweimal kreuzen sich seine Wege mit ihr: zu Croix d'or etwa im März 1763 und Aix i. d. Pr. (17. I. bis 26. V. 1769), (Bd. 11, S. 502—524) und jedesmal zeigt ihr Verhalten zwar Reserve, aber unerschütterte Liebe. Ja, es soll sich sogar ein Briefwechsel, der bis in Casanovas letzte Lebensjahre noch fortgedauert haben soll, daran angeschlossen haben (Bd. 9, S. 238; Bd. 11, S. 526—541). Leider ist damit nicht zuviel zu machen. Denn diese mysteriöse Geschichte wird nicht glaubhafter dadurch, daß sich von 40 Briefen der Dame wie von den vielen Briefen anderer romanhaft behandelter Personen, welche alle aufgehoben sein sollten, kein einziger gefunden hat.

Nur aus der Inkubationszeit, der bereits typischen sechswöchigen Dauer des Leidens und dem übrigen Stillschweigen des Autors, kann man einen gewissen Wahrscheinlichkeitsschluß ziehen, daß auch in diesem Falle eine Gonorrhoe vorgelegen haben dürfte.

Fünfte Infektion mit 23 Jahren an einer Schauspielerin zu Parma „während des Winters 1748—1749", vielleicht Anfang—Mitte Februar 1749.

„. . . ich . . . wollte nicht mehr hingehen; . . . ein sehr triftiger Grund, den die Natur mir drei Tage danach auseinandersetzte, zwang mich . . ., da mein Fall nicht in das Gebiet der Empirie fiel, . . . besorgte mir (de la Haye) einen geschickten Chirurgen . . . Gewisse, ihm bekannte Symptome zwangen ihn, mich dem Gott Merkur zu weihen; und diese Kur nötigte mich, der Jahreszeit wegen sechs Wochen lang das Bett zu hüten. Zu Beginn des Monats April war ich von meiner letzten Wunde geheilt und hatte meine alte Gesundheit wiedererlangt. Während Casanova „von einer häßlichen Krankheit" genest, wird er zum „Frömmler". Er schiebt diesen Gesinnungswechsel „der durch das Quecksilber hervorgerufenen Schwächung" zu. „Dieses unreine und stets bösartige Mittel" hatte in „meinem Gehirn eine Höhlung" und „Verdummung" erzeugt (Bd. 3, S. 125—144).

Auch in diesem Falle sind Inkubation und Krankheitsdauer nach dem Casanovaschen Schema (drei Tage, bzw. sechs Wochen) berichtet. Aber man würde voreilig handeln, wollte man nun ohne weiteres annehmen, daß es sich auch hier wieder um einen Tripper handle: Gibt doch unser Kranker selbst zu, daß ihm dieser „häßliche" Fall neu war, weshalb er auf eine Selbstbehandlung verzichtet! Aus der Merkurbehandlung kann man in jener Zeit nicht auf Syphilis schließen. Gegen eine

Digitized by Google

solche sprechen weniger die von Meissner beigebrachten Gegengründe (sechswöchige Dauer und Freibleiben von Rezidiven bis ins höchste Alter — weiß das M. ganz genau?), als die kurze Inkubationsdauer. Gegen die Annahme Ulcus molle läßt sich nichts Ernsthaftes einwenden. Daß komplizierende Bubonen vorgelegen hatten, wie Meissner meint, kann man aus der Quecksilberanwendung nicht schließen. Ob das Quecksilber lokal oder allgemein, äußerlich oder innerlich angewendet wurde, ist aus der Stelle nicht erkennbar. Die Flüchtigkeit der Beschreibung spricht nicht, wie Meissner meint, gegen eine Allgemeinbehandlung; denn mit der Beschreibung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Behandlung nimmt es Casanova nirgends genau. An der psychischen Depression ist wohl weniger das Quecksilber schuld, auf welches Casanova ganz im Stil eines modernen Quecksilbergegners losschlägt, sondern vielleicht die Krankheit selbst, vor allem aber die vorausgehende katastrophale Trennung von seiner Henriette. Aus einer Liebelei, die Casanova wenige Monate später zu Venedig mit einem jungen Mädchen hatte, kann man keinen Rückschluß machen; der Sexualverkehr zwischen den beiden steht nicht fest (Bd. 3, S. 151).

Sechste Infektion: mit 27 Jahren in Dresden an nicht näher bezeichnetem Weib in der Zeit zwischen September 1752 und Februar 1753.

„. . . durch ein Liebesangebinde, das ich mir, wie bereits frühere, durch sechswöchige Enthaltsamkeit vom Halse schaffte. . . . Die Krankheit, von der ich spreche, und die wir Italiener sehr dummerweise Franzosenkrankheit nennen — denn wir können mit vollem Recht den Anspruch erheben, sie zuerst eingeführt zu haben. Diese Krankheit verkürzt nicht das Leben, obwohl sie unzerstörbare Spuren hinterläßt. Diese Narben . . .“ (Bd. 3, S. 341).

Die Stelle ist ein Rattenkönig von Unklarheit und Widersprüchen. Es ist von Narben die Rede. Also müßten Syphilis oder Ulcus molle gemeint sein. Syphilis kann deshalb nicht vorliegen, weil das Leiden nicht das Leben verkürzen soll. Casanova weiß aber, daß Franz I. an Syphilis zugrunde gegangen ist (Bd. 4, S. 219), und erlebt selbst schwer verlaufende oder gar tödlich endende Fälle, wie denjenigen der Corticelli, der Anna Midel, des Grafen Wagensperg (Quecksilbertod) (Bd. 9, S. 342; Bd. 11, S. 168; Bd. 12, S. 535), welche doch mit höchster Wahrscheinlichkeit als Lues anzusprechen sind. Gewiß könnte der Name Franzosenkrankheit auch etwas anderes bedeuten; denn in der Zeit des Indentitismus wurden Gonorrhoe, Ulcus molle und Lues in einen Topf geworfen. Dann würde der Name „Franzosen“ im Gegensatz zur Syphilis stehen; das wäre ja hochinteressant. Meissner diagnostiziert eine Kombination von Tripper und Schanker. Warum? Wohl wegen der Narben die Helkose und wegen der stereotypen sechswöchigen Dauer, und weil Casa-

Digitized by Google

nova die Sache wie etwas schon Gewohntes behandelt, die Gonorrhoe? Auch aus den Folgen, welche Casanovas Leiden auf die Gesundheit anderer gehabt hätte, können wir keinen Schluß auf die Art der Krankheit machen. Der nach Venedig zurückgekehrte Wüstling scheint hier weder zwischen dem 6. und 16. VI. 1753 die bekannte Künstlerin Therese Imer, noch am 8. VI. die junge Gräfin Bonafede, noch zwischen dem 10. VI. (Pfingstsonntag) und 22. VI. seine „Frau" Katharina C. infiziert zu haben (Bd. 3, S. 379—439). Die erste wird von Casanova vielmehr mit einer Tochter, Sophie, schwanger, die letzte wird ebenfalls gravid, bekommt aber eine Fehlgeburt (Bd. 4, S. 4). Noch zu wiederholten Malen kreuzen sich die Wege Casanovas und Therese Imers (Bd. 5, S. 241; Bd. 9, S. 363), und die in ein Kloster gesteckte Katharina C. wird die Geliebte des französischen Gesandten François Joachim de Bernis (Bd. 4, S. 198). Von diesem erhält Casanova später einen Brief in Liebesangelegenheiten und trifft ihn nachher wiederholt (Bd. 4, S. 297; Bd. 5, S. 32; Bd. 5, S. 306, Bd. 12, S. 198). Nirgends eine Rede, daß diese Personen infiziert worden wären.

Siebente Infektion: mit 35 Jahren an Frau v. F. bei Solothurn „zur Zeit der Sommersonnenwende" 1760.

Vier Tage nach dem Verkehr „sah ich die ersten Anzeichen der Krankheit, die die abscheuliche Witwe mir mitgeteilt hatte; aber drei oder vier Tage darauf erkannte ich, daß sie von harmlosester Art war, und nach acht Tagen hatte ich sie völlig los". Als Heilmittel finden wir „eine Auflösung von salpetersaurem Salz" (Höllenstein?) angegeben. Anfang Juli wird uns gelegentlich einer Bordellorgie nochmals versichert: „Ich war von meinem Mißgeschick mit der abscheulichen Witwe gänzlich geheilt (Bd. 6, S. 253 bis 316).

Meissner nimmt auch hier eine Gonorrhoe an, vermutlich wegen der „interessanten" Höllensteintherapie. Daß es sich um Injektionen handelt, ist jedoch nicht gesagt; es könnte sich auch um Umschläge handeln. Die Inkubation würde nicht gegen Meissner sprechen, um so mehr aber die Heilung in acht Tagen. Diese wäre aber anzunehmen, denn sonst wäre Frau Dubois, mit welcher Casanova den Juli und die erste Hälfte des August in Bern und Lausanne verkehrte, und die er auch schwängerte, wie auch die kleine Sarah v. F., mit welcher er in Bern eine Orgie selbdritt hatte, angesteckt worden (Bd. 6, S. 316—367). Wir begegnen jedoch Frau Dubois, welche gleich darauf heiratet, später als gesunder, wenn auch einkindiger Frau Lebel wieder (Bd. 8, S. 240), und Sarah v. F. wird in London im Jahre 1763 seine Geliebte (Bd. 10, S. 211). Im Jahr 1769 ist sie glückliche Frau des Herrn v. W. (Bd. 12, S. 7). Die Infektionsquelle, die intrigante Alte, welche Casanova absichtlich infiziert hat, schreibt über ihr Leiden, daß sie „seit 10 Jahren an einem kleinen Übel leide, das jeder Behandlung widerstanden hat". Da kann natürlich nur an Syphilis gedacht sein; das Ulcus molle kommt überhaupt nicht in

Digitized by Google

Frage, und — ohne die umstrittene Frage einer 10jährigen noch infektiösen Gonorrhoe aufrollen zu wollen — die Alte hat von solchen Möglichkeiten natürlich keine Idee gehabt. Bd. 6, S. 263 tröstet Frau Dubois den ängstlich den Krankheitsausbruch erwartenden CASANOVA mit den Worten: „Vielleicht hat sie nur den weißen Fluß gehabt." — Weiter! Wie kommt CASANOVA dazu, zu prophezeien, daß er „in acht Tagen vollständig wiederhergestellt sein werde"? Auf eigene Erfahrung konnte er sich nicht stützen. Denn bisher hatten alle seine Infektionen, soweit solche angeführt sind, länger gedauert. Die ganze Geschichte trägt eben den Stempel der Erfindung. CASANOVA muß so rasch geheilt sein, damit die nächsten Liebesgeschichten mit Frau Dubois und Sarah v. F. losgelassen werden können. Einen Herpes progenitalis anzunehmen, stände übrigens nichts im Wege.

In der Zeit vom 5. I. 1757 und 1. XII. 1759, also mit fast 33 oder 34 Jahren, erfolgte eine achte Infektion an ungenannter Person und mit ungenannter Krankheitsdauer; sie soll die gleiche wie die folgende gewesen sein (Bd. 8, S. 145). Leider finden wir sie bloß gelegentlich an anderer Stelle zitiert. Das wäre nicht auffallend; denn vorausgesetzt, daß CASANOVA nicht renommiert, wenn er (Bd. 6, S. 269) sagt, daß er „Unfälle dieser Art schon seit langer Zeit nicht mehr zählte", müßte die Zahl der Infektionen, die er durchgemacht haben will, die Summe der in den Memoiren geschilderten wesentlich übertreffen. Da die folgende Krankheit vermutlich ein weicher Schanker mit Bubonen gewesen ist, so könnte man das also auch bei der achten Infektion annehmen. Leider ist nur mit dem Ausdrucke „gleiches Leiden" nicht viel zu machen. Der Ausdruck gleiches Leiden besagt bei der Art und Ungenauigkeit CASANOVAscher Krankheitsdarstellung vielleicht nicht gleiche Geschlechtskrankheit, sondern nur Geschlechtskrankheit, Venuskrankheit ganz im allgemeinen.

Neunte Infektion: mit 36 Jahren an der Tänzerin Renaud zu München im August 1761.

„Sie teilte mir ein Leiden mit, das sie verzehrte, das seine Zerstörungen nur im Innern anrichtete und ihr Äußeres völlig unberührt ließ, das daher um so gefährlicher war, da ihre Frische vollkommenste Gesundheit zu zeigen schien. Diese Schlange . . . hatte mich derart bezaubert, daß ich einen Monat lang die Krankheit vernachlässigte . . . (wobei) ich jeden Tag das Gift erneuerte, das sie meinen Adern eingeflößt hatte." Nach vierwöchigem Aufenthalt in München geht CASANOVA, um sich behandeln zu lassen, nach Augsburg. Er legt sich zu Bett, „entschlossen, dasselbe nicht eher zu verlassen, als bis ich tot oder von dem verzehrenden Gifte befreit wäre". Der Arzt, „ein Schüler des berühmten FAYET, der mich einige Jahre vorher von dem gleichen Leiden in Paris geheilt hatte, . . . setzte mich zunächst auf strengste Diät, verordnete mir Bäder und ließ mir Quecksilbereinreibungen machen". Nach sechs Wochen „fühlte ich mich in einem schlimmeren Zustand als zu Anfang der Behandlung. Ich war von einer schreckenerregenden Magerkeit und hatte zwei Leistengeschwüre von entsetzlicher Größe. Ich mußte mich entschließen, sie öffnen zu lassen". Da die Operation „gar nichts half",

Digitized by Google

wird ein zweiter Arzt zu Rate gezogen, welcher mit Mannapillen (Abführmittel) und Hungerkur (lediglicher Genuß von dünner Milch und Gerstensuppe) in $2^1/_2$ Monaten Casanova die Gesundheit wiedergibt. „Ich verbrachte die Zeit unter großen Leiden und gewann mein gutes Aussehen und meine Kräfte erst gegen Ende des Jahres wieder" (Bd. 8, S. 142—146). Doch findet ihn fast ein Jahr später Frau Lebel „weniger frisch und fröhlich . . . Die unglückselige Renaud hatte mich vergiftet" (Bd. 8, S. 244).

Meissner diagnostiziert hier Mischinfektion schwerer Art von Gonorrhoe und weichem Schanker, und als Folge des letzteren Bubonen. Wo ist denn hier eine Gonorrhoe? Casanova war vier Wochen in München und läßt sich vier Wochen in München nicht behandeln. Also ist er entweder sofort bei seinem Eintreffen in München oder auf der Reise von Rastatt nach München von der Renaud angesteckt worden. In jedem Falle kann die Inkubation nur ganz kurz gedauert haben. Die Annahme Gonorrhoe wird gerade nicht wahrscheinlicher dadurch, daß Casanova sofort nach Wiederherstellung seiner Gesundheit (was heißt das?) mit der Köchin Midel und der Tochter Gertrud seines Hauswirtes $1—1^1/_2$ Monat lang verkehrt (Bd. 8, S. 148—168). Im Jahre 1767 trifft Casanova die beiden Frauen wieder. Gertrud ist mehrmals Mutter geworden und glücklich verheiratet, Anna Midel ist so häßlich geworden, daß er sie nicht mehr erkennt; denn sie hat von dem Manne, den sie kurz darauf geheiratet haben muß, „eine gräßliche Krankheit mitgeteilt (bekommen), an der sie beinahe gestorben wäre". Es liegt nahe, bei dieser an eine syphilitische Infektion zu denken. Doch wenn es auch Helkose gewesen wäre: auf jeden Fall hören wir bei beiden Frauen nichts, was sich auf Tripperinfektion bezieht (Bd. 11, S. 168—170). Auch bei Casanova stellte sich kein Rezidiv ein, obwohl er noch zu Augsburg mit einer Schmierenprinzessin eine wüste Orgie feiert (Bd. 8, S. 161). Die operative Behandlung der „Leistengeschwüre" legt die Annahme von Ulcus molle nur sehr nahe; denn da sie „gar nichts half", sind indolente Bubonen, die der Laie C. ungenau mit „Geschwüre" bezeichnet hätte, nicht von der Hand zu weisen. Der torpide Verlauf ist allerdings beiden Affektionen gemeinsam. Aus der Quecksilber- und Hungerkur kann man weder gegen noch für Syphilis schließen, ebensowenig aus dem trostlosen Allgemeinzustand. Auch daß die Renaud ein Leiden trug, das bei ihr „seine Zerstörungen nur im Innern anrichtete und ihr Äußeres völlig unberührt ließ", weist zwar sehr auf Syphilis hin, beweist sie jedoch nicht. Denn schließlich hat eben Casanova ad genitalia nur nichts gesehen, oder das Innere ist gar nur das Scheideninnere. Auf einen Primäreffekt würde die Angabe hinweisen, daß er trotz seinem Leiden vier Wochen hindurch „jeden Tag das Gift erneuerte". Denn die Schmerzhaftigkeit von Ulcera mollia würde einen Geschlechtsverkehr sowieso unmöglich gemacht haben. Es liegt hier also entweder Ulcus molle vor, dann hat Casanova eben auch an dieser Stelle

Digitized by Google

mit geschlechtlichen Heldentaten renommiert; oder er hat nicht gelogen, dann handelt es sich um einen phagedänisch gewordenen Primäraffekt. Das erstere ist das wahrscheinlichere.

Zehnte Infektion: mit fast 39 Jahren an der Mätresse eines angeblichen Grafen Stenau zu London Ende Februar 1764.

Nach dreimaligem Verkehr innerhalb neun Tagen „fühlte ich mich von einer abscheulichen Krankheit befallen, von welcher der Gott Merkur mich schon dreimal ... befreit hatte. Die Krankheit kam mir besonders ungelegen", in Anbetracht der bevorstehenden Seereise und des schlechten Einflusses des Seeklimas auf solche Leiden. „Ich wußte, daß ich in sechs Wochen wieder gesund sein könnte." Als Casanova tags darauf sich in die Heilanstalt eines „guten Chirurgen" aufnehmen lassen will, muß er wegen einer Wechselfälschung, die beileibe nicht er, sondern der mysteriöse Graf Stenau begangen haben, und deren Opfer der geriebene Wechselreiter Casanova geworden sein soll, plötzlich flüchten. Auf den Schrecken (dieses Mal drohte der Galgen) schiebt Casanova einen Schüttelfrost, der ihn ergreift, und dem ein schweres Fieber sich unmittelbar anschließt, so daß in Rochester ihm ein Arzt einen Aderlaß macht. Er war in Gefahr, „an einem Schlagfluß zu sterben". Drei Tage nach Beginn der Krankheit legt er sich zu Calais ins Bett. „Die Glut des Fiebers, das durch meine Adern strömte, brachte mein Leben in große Gefahr. Am dritten Tage lag ich im Sterben." Er liegt — angeblich infolge eines erschöpfenden vierten Aderlasses — 24 Stunden betäubt da. Eine hierauf einsetzende Krisis und „eine strenge Diät setzte mich 14 Tage nach meiner Ankunft ... in den Stand, weiterreisen zu können". Er befand sich aber „in einem so jämmerlichen Gesundheitszustand, daß meine Heilung fraglich war" und daß tags darauf der Kaufmann S. in Dünkirchen „sich wundert, daß ich so verändert wäre". In einem Gespräch, das er am nächsten Tage zu Tournay mit dem bekannten Abenteurer St. Germain hat, erbietet sich dieser, ihm „alle Drüsenschwellungen" zu beseitigen. 7—8 Tage später gelangt er nach Wesel, nachdem er in Rörmond wegen ganz besonders übler Verfassung 36 Stunden hat Rast machen müssen. Der Zustand ist derart ekelhaft, „daß noch nach so vielen Jahren (die zwischen Krankheit und Niederschrift der Memoiren verflossen sind) der bloße Gedanke daran mich schaudern macht". Der Arzt in Wesel, Dr. Pipers, verspricht die Heilung in den nun einmal üblichen sechs Wochen. Die Kur besteht in Bettruhe, schweißtreibenden Tränken, Quecksilberpillen, strenger Diät und Verbot jeder geistigen Arbeit. „Die Kur wirkte ... schneller als der Arzt gedacht hatte; denn nach einem Monat (etwa zwei Monate nach Beginn) war ich vollkommen wiederhergestellt, aber ich war dabei so mager, daß mein Anblick Schrecken erregte." Um jene Zeit redet ihn die Parmesanerin Redegonda mit den Worten an: „Mein Gott, wie sind Sie mager geworden." Und fünf Tage später ist er in Braunschweig „noch nicht ganz genesen" (Bd. 10, S. 281—308).

Meissner diagnostiziert da Mischinfektion, Gonorrhoe mit Drüsenschwellung, d. h. also Gonorrhoe mit Ulcera mollia, und schließt Syphilis aus. Darauf ist zu erwidern, daß auch nicht der geringste Anhaltspunkt für die Diagnose Gonorrhoe gegeben ist. Aber auch die Diagnose Ulcus molle steht auf recht schwachen Füßen. Der Inkubationstermin würde ja stimmen. Aber es kann unser „Held" sich auch getäuscht haben; die Infektion kann ja weiter zurückliegen. Denn neben „besseren" Frauen hat er ja beständig auch die Prostitution benutzt (Bd. 3, S. 456 und viele

Digitized by Google

bezeichnende Vorkommnisse der Memoiren). Nur ein kleiner Teil der Erlebnisse mit Dirnen ist angeführt. Auf eine Genitalaffektion können wir nur deshalb schließen, weil er die Sache zunächst für nichts anderes als die „abscheuliche Krankheit" hält, von welcher Quecksilber ihn schon dreimal befreit hatte. Das hohe Fieber, mit dem das Leiden sofort einsetzt, paßt aber nicht zum beginnenden Ulcus molle, wohl aber zu einem Ausbruch der Syphilis. Erst fast 14 Tage später hören wir von „allen Drüsenschwellungen". Es scheinen also nicht bloß die Leisten befallen gewesen zu sein. Die Behandlung war keine äußerliche, sondern eine Schwitz-, Diät- (Hunger-?) und innerliche Quecksilberkur. Sie dauert etwa zwei Monate. Das Leiden bessert sich rasch, nachdem einmal Quecksilber gegeben ist. Auch muß die Krankheit denn doch ganz anders gewesen sein als alle anderen; denn wir hören, daß den greisen Memoirenschreiber der Gedanke daran noch schaudern macht. So kommt man dazu, hier Syphilis als höchstwahrscheinlich anzunehmen.

Elfte Infektion: mit 41 Jahren an der „Haushälterin" Maton zu Dresden Ende Juni 1766.

14 Tage nach Beginn des Verkehrs „zwang mich starkes Kopfweh, woran ich sonst niemals litt, den ganzen Tag im Hause zu verbringen. Ich ließ mir die Ader schlagen. . . . Da ich mich am zweiten Tage noch nicht besser befand, so nahm ich Medizin ein; aber schon am Abend sah ich mit Schrecken, daß eine scheußliche Krankheit mich befallen hatte. Diese war ein Geschenk von Maton, denn seit Lemberg hatte ich mit keiner anderen Verkehr gehabt." Er deckt sie im Bett auf „und hatte den ekelhaftesten Anblick, den man sich denken kann. Die Elende gestand mir, sie sei seit sechs Monaten krank; sie habe jedoch gehofft, daß sie mir ihr Leiden nicht mitteilen werde, denn sie habe sich (vor dem Verkehr) stets sorgfältig gewaschen." Casanova erklärt sich für „vergiftet". „Ich unterwarf mich einer strengen Kur und hatte das Glück, Mitte August mich vollkommen gesund zu sehen." Gleichzeitig hat Maton auch noch sechs oder sieben andere Männer angesteckt (Bd. 11, S. 112—129).

Meissner diagnostiziert auch hier wieder Gonorrhoe, und wieder findet sich nur gegen Gonorrhoe Sprechendes. Wenn die Maton wirklich eine sechs Monate alte Gonorrhoe gehabt hätte, dann hätte man beim Aufdecken keinen besonders ekelhaften Anblick haben können. Beim bloßen Aufdecken sieht man nicht einmal bei einer akuten Gonorrhoe etwas. Also kann es sich nur um venerische Geschwüre, eventuell Bubonen, oder um Syphilis gehandelt haben. Natürlich kann sie auch Gonorrhoe dazu gehabt haben. Ob sie nun aber Ulcera oder Tripper ausgeteilt hat, das läßt die dürftige Beschreibung nicht erkennen. Gegen Syphilisübertragung spricht die Kürze der Inkubation. Casanova, der etwa in der zweiten Hälfte April und nochmals in der zweiten Hälfte Mai in Lemberg bzw. Pulavy war und hier auch Geschlechtsverkehr gehabt hatte (Bd. 11, S. 97—100), könnte auch hier etwas aufgeklaubt haben. Aber man tut meist gut, das Kopfweh nicht ohne weiteres als ein syphilitisches auf-

Digitized by Google

zufassen. Aus dem folgenlosen Verkehr mit der Geliebten Castelbajacs im Dezember gleichen Jahres kann man allerdings nichts schließen, da die Frau vielleicht selbst noch an einer latenten Gonorrhoe litt. Im Januar 1769 dürfte sie jedenfalls hievon oder davon ausgeheilt gewesen sein; wir finden sie in glücklicher, wenn auch kinderloser Ehe mit dem Apotheker von Montpellier verheiratet (Bd. 11, S. 497).

Den Krankheiten Casanovas seien gleich die Geschlechtsleiden einiger anderer in den Memoiren genannter Personen angereiht.

Um den 24. VI. oder 1. VII. herum ist Casanovas 21jähriger Diener Leduc, der sich etwa um den 9. oder 16. VI. 1760 herum[1]) an einer Bäuerin bei Solothurn infiziert hat (also vor etwa 14 Tagen, nicht „ganz kürzlich"), von einer Geschwulst ergriffen, die ihm der Arzt im Laufe eines Tages zum Schwinden bringen will. Er macht hiermit noch einen Ritt. Schon am nächsten Morgen „befindet er sich in einem kläglichen Zustand". In wenigen Tagen ist derselbe an allen Gliedern gelähmt! Er wird in einer Sänfte nach Bern transportiert. Mitte August ist er noch krank und „sehr schwach". Er gebraucht Bäder (Bd. 6, S. 268ff).

Die Geschwulst als Bubo oder Epididymitis anzusehen, erlaubt nicht das ärztliche Versprechen, daß in einem Tage die Abschwellung und die Fähigkeit Leducs zu reiten da sein würden. Das Nächstliegende ist hier eine präputiale Schwellung infolge von Gonorrhoe oder Ulcus. Die nachfolgende Lähmung zwingt zur Annahme einer Gonokokkensepsis mit Polyarthritis oder Myositis oder auch Neuritis.

Im Frühjahr 1763 finden wir den 60jährigen Dichter Giacomo Passano an einer „häßlichen" Krankheit daniederliegend. Der Arzt wendet „Charpie und chirurgische Instrumente" an. Der Patient „stinkt nach Quecksilber". Ein paar Tage darauf wird ihm „die eine Leiste aufgeschnitten"; er hält sein Leiden für lebensgefährlich. Er war blaß, „konnte sich kaum aufrecht halten" (Bd. 9, S. 190—276).

Wir haben hier wohl Ulcera mollia mit Bubonen vor uns.

Eine gewisse Raton, ein käufliches, junges Dienstmädchen im Gasthof zu Murten, wo Casanova Ende Juli 1760 übernachtete, hat einem früheren Gast „Quint und Vierzehner" beschert. Der durch eine Abortinschrift gewarnte Casanova findet in der Bettgasse der bereits entkleideten Schönen das von ihr versteckte „unsaubere" Hemd, welches „zahlreiche Spuren ihrer Krankheit trug".

Eine Diagnose ist da unmöglich; es kann sich um Gonorrhoe oder Ulcera mollia, vielleicht um beides gehandelt haben (Bd. 6, S. 344).

Frl. Blasin, die „Frau" des Abenteurers Castelbajac, erzählt im Herbst 1766 Casanova, daß jener sie infiziert habe. „Hier, sehen Sie meine Wäsche — in diesen Zustand hat mich der Elende versetzt." Ein Wundarzt wird gerufen. „Eine nicht zu scharfe, aber pünktlich befolgte Kur gab ihr in kurzer Zeit ihre Gesundheit wieder.

---

[1]) Das Datum ist trotz der Anhäufung von Daten durch Casanova deshalb nicht bestimmt anzugeben, weil — das alte Spiel — diese Genauigkeit nur eine scheinbare ist. Es ist unmöglich, den Ball des Gesandten Chauvelin vom Sonntage mit dem Mondwechsel, an dem Frau F. ihre eheliche Pflicht leistet, dem darauffolgenden Tag der Sommersonnenwende, an dem Casanova die alte v. F. umarmt, und die übrigen Daten zusammenzureimen.

Digitized by Google

Gegen Ende November befand sie sich so wohl, daß sie imstande zu sein glaubte, mich glücklich zu machen." Casanova trennt sich erst Ende des Jahres von ihr. Er selbst wird nicht infiziert und trifft sie als gesunde, wenn auch kinderlose Frau eines Apothekers im Jahre 1769 in Montpellier wieder (Bd. 11, S. 139; Bd. 11, S. 497).

Auch hier wird man zunächst an Ulcera mollia denken. Gonorrhoe ist bloß deshalb nicht wahrscheinlich, weil Casanova nicht infiziert wird.

Die Tänzerin Corticelli wird infolge eines „ganz verruchten Lebenswandels" (Casanova!) von einer scheußlichen Krankheit verzehrt". Casanova bringt sie in eine Pension für geheimzuhaltende Kuren. Der Wundarzt verspricht wieder einmal, sie in sechs Wochen gesund zu machen. Ausdrücklich wird hierbei der für die Kur nötigen Badeeinrichtung gedacht. „Die arme Unglückliche" „erliegt jedoch der Behandlung" (Bd. 9, S. 343—353).

Ulcus molle, Syphilis? Wer weiß es?

Welche Geschlechtskrankheiten schildert nun Casanova? Antwort: sämtliche. Wir lernen die akute und chronische Gonorrhoe, das Ulcus molle und die Bubonen wie die Syphilis kennen. Einen zweifellosen akuten Tripper finden wir nur einmal beschrieben, gelegentlich der Infektion Casanovas in Korfu; ein paar andere Fälle können Tripper gewesen sein; möglicherweise gehören hierher auch die Krankheiten der Raton und der Blasin. Von Komplikationen der Gonorrhoe kommt je einmal die Hodenentzündung und eine Gonokokkensepsis vor. An einer einzigen Stelle (Bd. 2, S. 426) finden wir eine chronische Gonorrhoe erkennbar gezeichnet. Der Hauptmann O'Neilan will sich von der „leicht heilbaren Kleinigkeit" einer akuten Gonorrhoe nicht wie Casanova heilen lassen, weil „es keine 14 Tage dauert, bis man wieder rückfällig wird. Ich habe zehnmal diese Geduld gehabt, aber . . . seit zwei Jahren lasse ich die Sache gehen". — In jener Zeit hat man zwar die chronische Gonorrhoe bereits gekannt, aber eine genügende Erkenntnis, daß die ewigen Rezidive nicht Neuinfektionen seien, kommt richtig doch erst im 19. Jahrhundert zum Durchbruch. Mit der Diagnose der weiblichen Gonorrhoe war es damals schlecht bestellt. Wir können uns daher auch nicht wundern, wenn im Volke der auch heute noch nicht ausgerottete Glaube von der Bedeutungslosigkeit des weißen Flusses herrschte. Ausdrücklich wird diese supponierte Harmlosigkeit einmal betont: „Vielleicht hat sie auch nur den weißen Fluß gehabt", tröstet Frau Dubois den ängstlichen Casanova. Wenn Casanova nach seiner Infektion durch Melulla ausruft: „In welcher Lage wäre ich gewesen, wenn ich sie (Frau F.) für ihr ganzes Leben unglücklich gemacht hätte", so ist da nicht an etwaige Adnex-usw.-Erkrankungen gedacht, sondern nur an die sozialen Folgen des Ehebruches. — Casanovas Schilderungen des Ulcus molle bestätigen nur die Angabe anderer, daß dieses damals außerordentlich häufig und bösartig war. Heute wird dasselbe von Jahr zu Jahr seltener und gutartiger. Mit Sicherheit kann

Digitized by Google

man dieses Leiden bei dem „Dichter“ Passano annehmen, dem auch die sekundären vereiterten Bubonen aufgeschnitten werden, wohl auch bei der Infektion Casanovas an der Schauspielerin Renaud, wobei er ebenfalls operiert wird und die langdauernden Drüsenulzerationen bekommt. Ob die Infektionen zu Parma, Paris und Dresden Ulcera mollia waren, wird sich nicht mit Sicherheit sagen lassen. Das gleiche gilt für die Leiden der Raton und Blasin. — Auf die Syphilis stoßen wir zu wiederholten Malen. Ob die Corticelli einer Syphilis oder einer bösartigen Helkose erlegen ist, läßt sich nicht ganz bestimmt sagen; doch spricht mehr für Syphilis. Casanova selbst hat sie unseres Erachtens gehabt. Er hat sie sich von London geholt und ist dann auf deutschem Boden von derselben geheilt worden. Daß Casanova bis ins höchste Alter nie ein Rezidiv gehabt hat, ist doch kein Gegenbeweis, wie Meissner meint. Übrigens, wer sagt Meissner, daß Casanova nie eines gehabt hat? Bd. 10, S. 447 findet sich ein Hämorrhoidalleiden beschrieben, das Analpapeln nicht unähnlich sieht:

Es heißt da: „Seit meiner Gefangenschaft litt ich an inneren Hämorrhoiden ... In Petersburg wurde dieses Leiden ernstlich; regelmäßig wiederkehrende, unerträgliche Schmerzen machten mich traurig und unglücklich. Ein 80jähriger Arzt ... gab mir die traurige Kunde, daß ich eine unvollständige Fistel am Rektum habe ... Zum Glück fand ein geschickter Chirurg, ... daß die Natur binnen kurzem die Operation mit besserem Erfolg vollziehen werde als die Kunst ... Ich hatte viel zu leiden, besonders unter strenger Diät.“

Das könnten natürlich auch Analfissuren und sogar Hämorrhoiden gewesen sein. Verdächtig ist nur die Spontanheilung.

Die deutlichste, unzweideutigste Syphilisdarstellung ist diejenige der Kurtisane Ancilla, der Geliebten des Lord Mourray: „Sie — es war im Jahre 1754 zu Venedig — flößte mir trotz ihrer Schönheit ein gewisses Widerstreben ein; sie war stets heiser und beklagte sich ständig über einen stechenden Schmerz in der Kehle. Obgleich nun ihr Liebhaber sich wohl befand, so hatte ich doch nicht grundlos Furcht; denn die Krankheit, woran König Franz I. von Frankreich starb, brachte im folgenden Herbste auch sie ins Grab“ ... Damals „entstellte eine große Wunde im Gesicht sie scheußlich“ ... „Als ... (sie) sich von einem inneren Leiden verzehrt fühlte, versprach sie einem Arzt, der sie durch eine Quecksilberkur zu heilen verhieß, hundert Louisdors“ ...

Mourray stirbt erst 1778, offenbar an einer interkurrenten Krankheit (Bd. 4, S. 218). — Auch von dem Dichter Casti heißt es in unzweideutiger Weise: „Damals hatte ihm die Syphilis noch nicht das Zungensäpfchen zerfressen (Bd. 12, S. 532). — Vielleicht gehört hierher auch die Krankheit des Grafen Wagensperg, der infolge ungeschickter Behandlung starb; er litt „ernstlich an einer Krankheit, die man leicht durch Quecksilber heilt“ (Bd. 12, S. 535). Wir hören von der Krankheit, an welcher Franz I. von Frankreich und von der „Venuskrankheit“, an welcher der Läufer der Lady Montagu starb (Bd. 6, S. 270), sowie dem schweren Leiden der Anna Midel.

Auch den Herpes genitalis lernen wir vielleicht kennen.

Digitized by Google

Die Übertragbarkeit der Geschlechtskrankheiten war zur Zeit Casanovas ziemlich allgemein zugestanden. Selbst die Marquise de Ruffec hat Angst, von Casanova infiziert zu werden (Bd. 2, S. 235). Erst später haben einige Schulen dies wieder eingeschränkt. Wir erleben auch bei Casanova eine ganze Reihe Übertragungen; so auf Casanova selbst, auf die Einwohner von Orsera, auf die Geliebten der Maton und Raton, auf Leduc, die Castelbajac und andere. Die Infektionsquelle für Männer ist, wie selbstverständlich, vor allem die Prostitution. Interessant ist aber, daß auch Casanova von elf Infektionen (bei zwei nicht genannten Quellen) sieben durch die Prostitution erhält. Es erlaubt dieser Umstand den Schluß, daß er nicht in dem Maße, wie er es behauptete, bei der „anständigen" Weiblichkeit zu Gast war. Denn Infektionen hätte er sich auch an diesen geholt. Besonders gefährlich müssen damals die spanischen Weiber gewesen sein (Bd. 11, S. 273). Um so mehr muß man überrascht sein, wenn man bei Casanova fast nichts von Vorbeugemaßregeln liest. Nur die kranke Maton will sich vor dem Verkehr immer gewaschen haben. Waschungen, wie sie Casanova, Martina und Nanetta (Bd. 1, S. 180), Casanova nach dem Verkehr mit Lukrezia und Angelina (Bd. 1, S. 407) und mit Frau Baret (Bd. 5, S. 455) nach dem Geschlechtsverkehr vornimmt, sind lediglich Reinlichkeitswaschungen, die im Orient allgemein gebräuchlich sind. Casanova spricht zwar einmal davon, daß er, um nicht zu infizieren, alle möglichen Vorsichtsmaßregeln getroffen habe; aber Näheres wird nicht mitgeteilt. Ein originelles Mittel zur Erkennung vorliegender Geschlechtskrankheit eines Weibes wird uns Bd. 7, S. 171 verraten: Die Tänzerin Astraudy fordert Casanova auf, ihr vor dem Verkehr eine aufgeschnittene Zitrone auf die Vulva zu legen. Das Mittel sei „ein unfehlbares; denn wenn der Weg nicht in Ordnung wäre, könnte ich das Brennen nicht ertragen". Wohl hören wir auch von Kondoms. Aber bei Casanova dienen sie nur zur Verhütung der Empfängnis. Das erstemal Bd. 2, S. 107. Sie vertreten hier die Stelle des Coitus interruptus, dem wir als „Schonen" und Vorsicht häufig begegnen.

Die Therapie der Geschlechtskrankheiten bestand in Pflege, Enthaltsamkeit (wohl Enthaltsamkeit vom Geschlechtsverkehr), Ruhe (in schweren Fällen und zur Winterszeit: Bettruhe) und Diät. In einem Falle von wohl sicherer Gonorrhoe trinkt Casanova sogar (keinen Wein, sondern) nur Wasser. Bei Tripper scheinen solche diätetische Maßnahmen genügt zu haben, wenigstens wenn kein Arzt dazu kam. Bei den Schankern und der Syphilis finden sich auch noch Hunger-, Schwitz- und Abführkuren sowie Bäder. Sie wurden offenbar gebraucht, um Geschwülste zu verteilen und Geschwüre zu reinigen; daher einmal auch in einem Fall von gonorrhischer Intumeszenz. Vor allem aber wird hier der Merkur ge-

Digitized by Google

braucht, und zwar innerlich wie äußerlich. In jener Zeit wird Quecksilber verwendet bei Syphilis, aber vielfach auch bei gewöhnlichem weichem Schanker. „Der Irrtum, daß das Quecksilber auch gegen die gangränösen Bubonen ein Heilmittel sei, war allgemein verbreitet und hatte schon manche Opfer gekostet" (Proksch). Hunter hatte Einreibung der Genitalgegend mit grauer Salbe bei hartnäckigem Tripper empfohlen. Noch weiter gingen andere, welche überhaupt jeden Tripper schmierten: denn er war ein Stück der Venusseuche (Bd. 6, S. 270), der Franzosenkrankheit (Bd. 3, S. 341), des Morbus venereus. Der Identitismus, der alle drei Geschlechtskrankheiten als eins auffaßte, hatte gerade durch Hunter eine autoritative Stütze erhalten. Folgerichtig mußte man zur Quecksilberbehandlung des Trippers kommen. Gegen Bubonen wurden verteilende Einreibungen gemacht. Eine derartige örtliche Applikation finden wir nun allerdings nirgends bei Casanova beschrieben; wenn Meissner bei jeder Quecksilbernotiz Bubonen vermutet, so supponiert er eben die Lokalanwendung. Im Gegenteil dürfte die Quecksilberanwendung eine recht ausgiebige gewesen sein. Denn wir hören davon, daß der Kranke nach der Kur sehr mager und noch lange elend war. „Sie sind so mager," heißt es, „daß man .... sagen könnte, Sie hätten die ganze Zeit im Krankenzimmer verbracht und dem Gott Merkur gehuldigt (Bd. 1, S. 285). Der Senator Bragadino wäre fast an einer solchen Salbe zugrunde gegangen. Und während uns von der Franzosenkrankheit gesagt wird, daß sie nicht das Leben verkürzt, sondern nur Narben mache, erfahren wir, daß der Graf Wagensperg an einer schlecht geleiteten Quecksilberkur zugrunde gegangen sei (Bd. 12, S. 509); das gleiche kann das Los der Corticelli gewesen sein. Casanova behauptet sogar, daß das „unreine und stets bösartige Metall" ihn blödsinnig gemacht habe (Bd. 3, S. 129ff.).

Eine merkwürdige Bemerkung bleibt allerdings der Satz, daß die Franzosenkrankheit das Leben nicht kürze, sondern nur unvertilgbare Spuren hinterlasse. Da Casanova der tödliche Ausgang der Syphilis an mehreren behandelten Fällen bekannt war, muß man fast annehmen, daß er unter Franzosenkrankheit etwas anderes als Syphilis verstanden hat, vielleicht die gewöhnlichen Schankergeschwüre. Das wäre natürlich nur möglich, wenn man in Laienkreisen unter „Franzosenkrankheit" nicht immer dasselbe verstanden hätte, was die gelehrte Welt mit Morbus Gallicus benannt hat. Handelt es sich hier vielleicht um eine uralte Bezeichnung, die nur im Volke heimisch war? Wem fällt da nicht Sudhoffs Aufsehen erregende Mitteilung über Mal Franzoso in Italien in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts ein (Gießen 1911)! Wie ich an anderer Stelle schon betonte, kann ich verehrten Verfasser dem unmöglich beipflichten, daß sein Fund — 2 Rezepte mit solcher Aufschrift in einem

Digitized by Google

alten Apothekerbüchlein — die präkolumbische Existenz der Syphilis in Europa beweisen könne. Haben wir hier vielleicht einen Fingerzeig, der uns an eine Erklärung des Sudhoffschen Fundes heranbrächte?

Der Höllenstein wurde damals schon äußerlich zu Umschlägen und in Substanz bei Ulzerationen verwendet; daher auch von Casanova bei seinem Herpes. Zu Injektionen ist er dagegen, wenn wir uns auf Proksch (Bd. 2, S. 653) stützen dürfen, erst im 19. Jahrhundert durch Johnston und Bartlett verwendet worden. Die Beschmutzung der Wäsche durch die pathologischen Genitalsekrete finden wir dreimal angegeben, einmal bei wohl zweifellosem Tripper.

Die einfachen Sachen scheint man vielfach ohne Arzt behandelt zu haben; sowie es zu Bubonen, Geschwüren, zu Allgemeinsymptomen, wie z. B. Fieber oder generalisierter Syphilis kam, wurde der Chirurgus geholt. Gelegentlich scheinen die Kuren im Hause desselben stattgefunden zu haben. Daneben gab es eigene Heilanstalten.

Auffallend ist nun die typische Dauer von 6 Wochen aller Geschlechtsleiden. Ein Tripper dauert nur 4 Wochen. Casanovas Schanker-Infektion an der Tänzerin Renaud, wenn wir die Stelle richtig lesen, $2^1/_2$ Monate, vielleicht viel länger, Casanovas Syphilis etwa 2 Monate, die Gonorrhoe auf Korfu wegen der Komplikation mit Epididymitis ebenfalls 2 Monate, sonst aber hören wir immer von Heilungen in 6 Wochen; und auch da, wo das Leiden dann tatsächlich länger oder kürzer dauert, wird die Heilung wenigstens für 6 Wochen erwartet oder versprochen. Das sieht doch nach Schema F aus!

Auffallend ist weiter die ganz ungenaue Angabe der Symptome. Der genaue Beobachter Casanova versagt hier meist vollständig. Man erfährt nur selten etwas Näheres. Und wie treffend konnte er seine gonorrhische Hodenentzündung, die Syphilis der Ancilla, des Dichters Casti, des Grafen Wagensperg, und die Leistengeschwüre bzw. -geschwülste in den Fällen Renaud und Passano schildern!

Dann muß auffallen, daß Casanova, obwohl er so oft erkrankt sein soll, daß er seine Leiden gar nicht mehr zählte, dennoch nie infiziert. Ein einziges Mal will er das in Orsera getan haben; aber gerade da trägt er die Farben so dick auf, daß man ebenso wie im Falle der Maton, die in ein paar Tagen gleich 6—7 andere Männer noch angesteckt haben soll, die Erfindung mit Händen greifen kann. Von den falschen Datierungen haben wir oben schon gesprochen.

Welche Geschlechtskrankheiten will Casanova gehabt haben, welche hat er gehabt? Die erstere Frage ist leicht zu beantworten: er will zweimal mit 18 Jahren, dann mit 20, 22, 23, 27, 34(?), 35, 36, 39 und 41 Jahren, aber noch öftere Male an nicht genannten Terminen erkrankt sein. Sein

Digitized by Google

Leiden war die Venuskrankheit, die er je nachdem als harmloses Liebesangebinde oder als schwere Vergiftung auffaßt. Im letzteren Falle ist das Leiden scheußlich, häßlich, ekelhaft, abscheulich, gräßlich; er ist vergiftet. Man kann unschwer bei ihm zwei Typen konstatieren: eine leichte Form der Venuskrankheit, die durch diätetische Maßregeln und Enthaltsamkeit heilt, und eine schwere, welche Krankenlager und ärztliche Hilfe erheischt. Was aber hat CASANOVA in Wirklichkeit gehabt? Das läßt sich nicht bestimmt sagen. Es scheint, daß die Angaben über die Infektion auf Korfu, in England und in München auf Wahrheit beruhen. Das geht aus der ungleich genaueren Schilderung hervor. Dann hätte er Gonorrhoe, Ulcus molle mit Bubonen und Lues gehabt. Wie viel an den übrigen Angaben noch Wahres ist, kann man nicht sagen. Betrachtet man aber die Ungenauigkeit und Dunkelheit der Darstellung des sonst so genauen Schilderers, die Verstöße gegen klinische Tatsachen, die Schematisierung der Krankheitsdauer, das Schweigen über Infizierung anderer, die zweifellos falschen Angaben über geschehene Weiterverbreitung, die ganz willkürlichen Datierungen, das offenkundige Renommieren mit dem Erwerb von Sexualleiden, die typische Inkubation von wenigen Tagen, gleich welche Krankheit kommen mochte, die Aufzählung aller seiner gesunden und gebärenden Liebsten, so muß man zu dem Schluß kommen, daß CASANOVA auch bei der Schilderung der Krankheiten ebenso seiner Phantasie die Zügel schleifen läßt, wie bei der Schilderung der Liebesgeschichten. Die Leiden, die er wirklich gehabt, und was er so mit der Zeit in aller Herren Ländern über Sexualleiden hörte, haben ihm die Möglichkeit gegeben, auch hierüber Einzelheiten zu wissen. Die Kenntnisse dürfte er bei der Dichtung seiner Memoiren verwertet haben.

Mit der Feststellung, daß CASANOVAS Darstellung geschlechtlicher Dinge unmöglich der Wahrheit entsprechen kann, fällt nun allerdings teilweise ein Hauptvorwurf, den man CASANOVA macht: sein Wüstlingsleben. Damit wird aber das Bild nicht anmutiger. Der pornographische Renommist ist eine noch viel ekelhaftere Erscheinung als der gewissenlose tierische Wüstling. Es ist daher wohl nicht zu fürchten, daß man aus der Feststellung, daß die Memoiren an vielen und in wichtigen Punkten, darunter auch in den sexuellen Dingen, Dichtungen sind, schließen könnte, daß der Charakter dem Werk nicht entsprochen und edler gewesen sei. Es wäre ein verhängnisvoller Irrtum, wollte man einen CASANOVA nach dem Muster der deutschen Barockdichter beurteilen, welche im Geschmacke jener Zeit Schmutzereien dichteten und dabei persönlich ein höchst philiströses Leben führten. Zum Überfluß wissen wir ja aus den Berichten anderer über CASANOVAS Leben, daß er tatsächlich ein Schurke gewesen ist. Doch das ist schließlich alles Nebensache. Zu verurteilen, ist nicht die Aufgabe dieser Zeilen.

Digitized by Google

Wir hatten nur den Nachweis zu erbringen, daß den Angaben Casanovas gegenüber gesundes Mißtrauen berechtigt ist. Für das Gebiet des Geschlechtlichen glauben wir ihn erbracht zu haben. Der Mensch Casanova interessiert uns viel weniger als der Schriftsteller. Beide zu trennen, dürfte eine unlösbare Aufgabe sein. An nicht wenigen Stellen dürfte der Mensch sympathischer gewesen sein, als seine Schriften ahnen lassen, an vielen anderen der Mensch schlechter, als seine Memoiren glauben machen wollen. Betrachtet man die Memoiren als Geschichtsquelle, dann darf man sie als lügenhaft bezeichnen. Betrachtet man sie als den Roman eines Lebens, dann fällt natürlich dieser Vorwurf hinweg. Möglicherweise sind die Erinnerungen überhaupt nur die Niederschrift der „pikanten" Schnurren, mit welchen Casanova die etwas degenerierte adelige Gesellschaft in Dux zu unterhalten hatte. Denn der Herr „Bibliothekar" genoß da offenbar das Gnadenbrot einer Art — Hofnarr.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

September 1913.

Hereditäre Dupuytrensche Kontraktur, von J. L. Bunch. Patienten — Vater, Sohn und Enkel — gehören einer Familie an, deren männliche Glieder seit 300 Jahren mit Dupuytrenscher Kontraktur befallen gewesen sein sollen. Es sind also ausschließlich die männlichen Glieder erkrankt und das Leiden nur durch diese übertragen; dieser Modus ist grundverschieden von dem bei anderen Krankheiten, wie progressiver Muskelatrophie, Friedreichscher Ataxie und Hämophilie, beobachteten. In jedem Falle soll das Leiden im gleichen Alter begonnen, seinen Höhepunkt im gleichen Alter erreicht und genau dieselben Finger beider Hände ergriffen haben. Der Beschäftigung kann das Leiden nicht zugeschrieben werden, da dieselbe eine ganz verschiedene, wie Geistlicher, Kaufmann, Hotelbesitzer, Chauffeur usw. war. Das zuerst — in den ersten Lebensjahren — auftretende Symptom ist eine leichte Krümmung des kleinen Fingers ulnarwärts; im Alter von etwa 25 Jahren beginnen die kleinen Finger flektiert zu werden, und dann geht dieselbe Kontraktur auf die Ringfinger, bis mit dem Alter von 35 Jahren ein gewisser Grad derselben erreicht und nicht mehr überschritten wird. Der Vater ist jetzt 50 Jahre alt, und ein Fortschreiten der Krankheit ist seit mehr als zehn Jahren nicht mehr vorgekommen; der Sohn ist 26 Jahre alt und zeigt beginnende Flexionsstellung, der drei Jahre alte Enkel die ulnare Krümmung der kleinen Finger. Einen zweiten Fall dieser Art, wo nur männliche Glieder von einer hereditären Affektion ergriffen wurden, konnte B. in der ganzen Literatur nicht finden.

81. Jahresversammlung der British medical association, Brighton, 22. bis 25. Juli 1913.

Kurzer Bericht über die hauptsächlichsten Verhandlungsthemata der dermatologischen Sektion, die von Sequeira mit einer Gedächtnisrede auf Jonathan Hutchinson eröffnet wurde. Stern-München.

Digitized by Google

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1913.

Intensive Bronzefärbung mit Hauttumoren in einem Falle von malignem Lymphoma (Hodgkinscher Krankheit), von John T. Bowen. Patientin war eine 36jährige Frau, bei welcher die Krankheit vor etwa zwei Jahren mit heftigem Jucken am Rumpf und einigen dunklen Flecken an den Lumbalgegenden begann; diese breiteten sich allmählich aus und verschmolzen, bis sie einen großen Teil des Körpers einnahmen und schließlich auf Gesicht und Kopf übergingen. Stellenweise war die Haut verdickt, das Juckgefühl hielt an und war von allmählich zunehmender Schwäche begleitet. Die bemerkenswerteste Stelle war auf der rechten Seite des Nackens, direkt unter dem Ohr: die Oberfläche der Haut war über einer geschwulstähnlichen Hervorragung leicht schuppend und die Pigmentierung dieser Stelle eine besonders starke. Um den Leib und über das Gesäß hinaus sich erstreckend waren ähnliche Infiltrationen und Verdickungen von verschiedener Größe und stark pigmentiert, ebenso unter der linken Brust und um die Warze herum. Drüsen waren nicht geschwollen, Schleimhäute nicht verändert. Patientin bekam reichlich Arsenik und schien sich vorübergehend besser zu fühlen, späterhin stellten sich aber Drüsenschwellungen ein, und die infiltrierten und verdickten Hautstellen boten allenthalben den Anschein von Geschwulstbildung, ohne daß es aber irgendwo zum Aufbruch oder zur Geschwürsbildung kam. Patientin starb mit den Erscheinungen einer akuten Bronchitis. Autoptischen Befund und mikroskopische Beschreibung der Lymphome. Die Tumorbildungen waren im vorliegenden Falle größer und ausgedehnter, als sie bis jetzt im Zusammenhang mit malignem Lymphoma beschrieben worden sind und lassen an einen innigen Zusammenhang zwischen Mykosis fungoides, welche Affektion hier zuerst diagnostiziert wurde, und malignem Lymphoma denken.

Die Leukozyten bei Syphilis, von H. H. Hazen-Washington. In einer Serie von 125 Fällen von Syphilis, welche 175 verschiedene Zählungen umfaßt, ergaben sich folgende Resultate. Bei unbehandelten Sekundärfällen ist eine leichte Leukozytosis vorhanden, die neutrophilen Körperchen sind absolut und relativ vermehrt, der Prozentsatz der eosinophilen ist höher um diese Zeit als bei Kontroll- oder Fällen von Spätsyphilis. Unter Behandlung kann Sekundärsyphilis eine Lymphozytose von etwa 65% zeigen, welcher Zustand viele Monate anhalten oder im Verlaufe von drei bis fünf Monaten der Norm sich nähern kann. Fälle von Tertiärsyphilis zeigen selten eine Zunahme an Leukozyten; Behandlung führt gewöhnlich, wenn auch nicht immer, zu relativer und absoluter Zunahme in der Zahl der Leukozyten. Die Fälle mit ausgedehnter papulärer Eruption zeigen einen höheren Prozentsatz Lymphozyten als andere Arten von sekundären Effloreszenzen (durchschnittlich 42%). Neger zeigen bei Sekundärsyphilis eine höhere Lymphozytose (35%) als Weiße (26%); in den späteren Stadien besteht kein so ausgesprochener Unterschied. Geschlecht und Alter zeigen keine großen Unterschiede. Ausgesprochene Drüsenvergrößerung bedeutet keine hohe Lymphozytosis, und es scheint sehr geringe Beziehung zwischen dieser und der Zahl der im Blute zirkulierenden kleinen einkernigen Zellen zu bestehen. Schwere Fälle von Sekundärsyphilis zeigen eine höhere Gesamtmenge und eine absolut und relativ größere Zahl von Neutrophilen als milde Fälle. Alle Fälle von Sekundärsyphilis, welche der Behandlung schwer zugängig waren, zeigten vor derselben hohe neutrophile und niedere Lymphozytenzahlen; alle Fälle, welche niedere neutrophile und hohe Lymphozytenzahl aufwiesen, waren rasch gebessert. Eosinophilie in einem Falle von Hauteruption spricht gegen Syphilis.

Digitized by Google

Salvarsan und Neosalvarsan bei Syphilis; eine vergleichende Studie, von HENRY H. WHITEHOUSE und A. SCHUYLER CLARK-New York. 104 Fälle von Syphilis wurden mit 317 Injektionen von Salvarsan und 46 mit 185 von Neosalvarsan behandelt. Heilung ist demnach ebenso rasch und sicher nach Neosalvarsan wie nach Salvarsan eingetreten. Wenn eine vorhandene Affektion unter wiederholten Injektionen beider Mittel nicht heilen will, so ist sie aller Wahrscheinlichkeit nach nicht syphilitischer Natur. Beide sind in Primär- und Sekundärfällen wirksamer als in tertiären. Kombination mit Hg sollte in allen Stadien der Syphilis mit beiden angewendet werden. Fünf Dosen Neosalvarsan (0,75) würden erforderlich sein gegen vier Salvarsan (0,5), um das gleiche Resultat zu erzielen. Nahezu 20% mehr andauernd negative Resultate wurden in allen Stadien von Salvarsan als von Neosalvarsan konstatiert, ebenso kam weniger Thrombose und weniger Entzündung in die umgebenden Gewebe von Neosalvarsan als von Salvarsan vor. Eine Injektion sowohl des alten wie neuen Mittels ist ungenügend, höchstens jene Fälle ausgenommen, wo Quecksilberbehandlung vorherging oder folgte; bei beiden nimmt die Wirksamkeit mit der Häufigkeit der Wiederholung zu.

Die Erfahrungen der Ärzte von Toronto bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von D. KING-SMITH-Toronto (Kanada). Als Ergebnis einer Rundfrage bei den Ärzten von Toronto — 91 von 624 ausgesandten Zirkularen wurden beantwortet — wurde vom Verfasser festgestellt, daß 37 Ärzte Salvarsan oder Neosalvarsan angewandt haben. Die Zahl der behandelten Fälle war 821, in 145 der Fälle wurden Rezidive festgestellt. Alle Berichte stimmen darin überein, daß bei primären und sekundären Frühveränderungen die besten Resultate erzielt wurden. Bei Brustkindern empfiehlt GEORGE S. STRATHY, Salvarsan oder Neosalvarsan in die Jugularvene zu injizieren (mittels Spritze statt der Infusionsmethode): mit einiger Übung gelingt dies leicht, und die Erscheinungen gehen bei den Kindern unter Salvarsan und Neosalvarsan rascher als mit Quecksilber zurück. Bei größeren Kindern ist Salvarsan dem Neosalvarsan vorzuziehen; es muß damit fortgesetzt werden, bis die WASSERMANNsche Reaktion negativ ist; im allgemeinen können Kinder relativ größere Dosen vertragen als Erwachsene. Viele Fälle von Nervenkrankheiten haben durch wiederholte Salvarsaninjektionen bedeutende Besserung erfahren. Übereinstimmung herrscht darüber, daß Salvarsan ein sehr wertvolles Mittel ist und wiederholte Dosen desselben gegeben werden, daß aber in der Mehrzahl der Fälle daneben auch Quecksilber angewendet werden sollen.

In der folgenden Diskussion (auf der 37. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 6. bis 8. Mai 1913) erklärte FORDYCE auf Grund von 3000 Neosalvarsaninjektionen, daß es langsamer wirke und daß man davon mehr Injektionen nötig habe wie mit dem Altsalvarsan; wo es darauf ankomme, rasche (klinische und serologische) Resultate zu erzielen, sei letzteres vorzuziehen. Irgend welche Nebenerscheinungen hat er aber beim Neosalvarsan nicht beobachtet, und immer wieder könne dieselbe Vene zu den Injektionen benutzt werden, beim Salvarsan häufig jedoch nicht.

RAVOGLI erklärte, er habe die gleichen Resultate von einer einzigen Salvarsan- wie von zwei bis drei Neosalvarsaninjektionen erzielt, ebenso HOWARD FOX, der aber die immerhin erheblichen Vorteile der einfacheren Technik bei letzteren hervorhebt. Auch POLITZER hebt die größere Wirksamkeit des alten Präparates hervor. SCHAMBERG machte neben der intravenösen Einverleibung noch Gebrauch von der intramuskulären Injektion, deren Wirkung eine länger anhaltende sei: Salvarsan in Dosis von 0,1, Neosalvarsan von 0,15 g in Vaselinöl- (1 bis 1,5 ccm) Suspension,

Digitized by Google

sechs Injektionen bildeten abwechselnd mit intravenösen bei Frühsyphilis oder mit grauem Öl bei Spätformen eine Kur. GILCHRIST kann nicht umhin, für das alte Quecksilber eine Lanze zu brechen, das allein wohl imstande sei, Syphilis zu heilen. Das Salvarsan sei aber auch ein wertvolles Mittel, besonders in den Frühstadien der Krankheit und in allen Fällen, wo Quecksilber nicht vertragen wird; die besten Resultate liefere es aber nach einer Quecksilberkur.

Auch STELWAGON, HARTZELL u. a. könnten viele Fälle von Syphilis anführen, welche durch die alten Methoden geheilt wurden und nach vieljähriger Beobachtung auch blieben.

Lupus erythematosus bei einem Kinde, von J. W. MILLER-Cincinnati. Bei dem 4½jährigen Knaben wurden die ersten Erscheinungen — leichte Röte an beiden Wangen — gerade im Alter von vier Jahren beobachtet. In den folgenden sieben Monaten nahmen diese roten Flecken allmählich an Größe zu und die bekannte Flügelform an; kleine, dunkelrote, mit dünnen, adhärenten Schuppen bedeckte Herde traten auch in der Ohrmuschel auf. Die Zentren der Herde zeigen nicht ganz die weiße Narbenbildung, wie man sie so oft bei Erwachsenen sieht, was wohl mit der noch unvollständigen Resorption zusammenhängt. Die MORO-Hauttuberkulinprobe war positiv. Nach dem Falle von KAPOSI, der ein dreijähriges Kind betraf, ist der vorliegende der nächste der im frühen Kindesalter vorkommenden Fälle von Lupus erythematosus (in SCHAMBERGs Fall begann die Krankheit im Alter von 4¼ Jahren).

Dermatologische Therapie, von CHARLES WOOD MCMURTRY. Ichthyol. Genaue Beschreibung der Gewinnung, verschiedenen Anwendungsformen und Anwendungsgebieten dieses wertvollen Hautmittels, das für sich allein bei Individuen mit leicht reizbarer Haut und Schleimhaut oder als Adjuvans mit ein oder zwei anderen therapeutisch ähnlich, aber stärker wirkenden Mitteln (Resorzin, Acid. salicyl., Schwefel) bei vielen Dermatosen zu empfehlen ist. Auch innerlich ist es durch seine antiseptische, antifermentative, dekongestionierende und adstringierende Wirkung auf den Magendarmkanal oft ein Mittel, das damit indirekt auf viele Zustände akuter und chronischer Hautkongestion ausgezeichnet heilenden Einfluß ausübt. Als äußeres Mittel wirkt Ichthyol hauptsächlich gefäßverengend, entzündungs- und juckreizwidrig, wichtig aber sind daneben auch seine antiseptischen, adstringierenden, hämostatischen, keratoplastischen, reduzierenden und exfoliierenden Eigenschaften. Bei Erysipel, Frostbeulen, Verbrennungen (ersten und zweiten Grades), Acne vulgaris und rosacea hat das Ichthyol in mehr oder weniger starker Konzentration umfangreiche Anwendung gefunden; Furunkulosis, Karbunkulose, Kerion, Ichthyosis sind von einer Anzahl Verfasser mit Ichthyol erfolgreich behandelt worden. (Fortsetzung folgt.)

Stern-München.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

1913, Bd. 2, Heft 1.

1. Über die Wirkung des Kollargols bei direkter Injektion ins Nierenparenchym, von W. SCHACHNOW.

2. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste, von FRITZ L. DUMONT.

3. Die Diagnose und Behandlung der bösartigen Prostataerkrankungen im Anfangsstadium, von H. KÜMMEL-Hamburg. Man versteht unter Prostataerkrankungen bösartiger Natur im Anfangsstadium diejenigen Fälle, bei welchen noch keine Meta-

Digitized by Google

stasen vorhanden sind, bei denen weder die Anamnese noch die subjektiven Klagen und die objektive Untersuchung irgend einen Anhaltspunkt für eine Aussaat von dem lokalen Herde in den übrigen Körper erkennen lassen. Diagnostisch von Wert ist der spontane, in der Prostatagegend mehr oder weniger kontinuierliche und intensive Schmerz, weiterhin die durch die Rektaluntersuchung festgestellte, nie fehlende Härte der Prostata, schließlich der durch die Palpation hervorgerufene Druckschmerz der Drüse. Die Diagnose ist mit annähernder Sicherheit möglich. Einzige Behandlungsmethode ist die Operation. Es sind Dauerheilungen von acht Jahren vorgekommen. Als Operationsmethode sind die bei der Entfernung der hypertrophischen Prostata bewährten Operationen zu empfehlen. Bei ungenügender Nierenfunktion ist die zweizeitige Prostatektomie als der gefahrlosere Eingriff zu bevorzugen. Zur Verhütung von Rezidiven ist die Röntgentiefenbestrahlung oder bei vorhandenen Rezidiven die Behandlung mit Radium oder Mesothorium zu empfehlen.

4. Beobachtungen über akute hämatogene Infektionen der Niere, von George Emerson Brewer-New York.

5. Die Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Frühstadium, von Rochet-Lyon. Nachdem Verfasser über die gegensätzliche Stellungnahme von Chirurgen und Internen allgemein berichtet, ferner anatomische und klinische Beweise der Heilung tuberkulöser Nierenherde zusammengestellt hat, bespricht er die interne Behandlung der Nierentuberkulose im Frühstadium, und zwar neben der allgemeinen internen Therapie die sogenannte spezifische Behandlung. In bezug auf die Resultate mit der letzteren darf man nicht übersehen, daß in vielen Fällen tatsächlich bemerkenswerte Besserungen eingetreten sind. Verfasser kommt dann nach weiterer Besprechung der einzelnen Krankheitsformen zu folgenden Schlußfolgerungen: Einseitige Nierentuberkulose im Frühstadium, die noch nicht zur ulzerokaseösen Form gehört, soll man unter ständiger spezialistischer Beobachtung intern behandeln. Erst sobald die Symptome den Charakter der ulzero-kaseösen Form annehmen, ist die Operation zu empfehlen. Bei doppelseitiger Nierentuberkulose im Frühstadium hat die spezifische Therapie eine klare Indikation. Bei der Blasentuberkulose ist die spezifische Therapie in den Formen angewandt worden, die mit einer Nieren- oder Genitaltuberkulose vergesellschaftet waren, ihre eigentliche Wirkung auf die Blase selbst ist zurzeit vielleicht noch nicht ganz geklärt.

Georg Heymann-Elbing.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1913, Bd. 14, Heft 9.

1. Einige praktisch wichtige Fragen aus dem Kapitel: Geschlechtskrankheiten und Eherecht, von Julius Heller-Charlottenburg. Verfassers Referat bei den Verhandlungen der elften Jahresversammlung der D. G. z. B. d. G. gipfelt in folgenden Schlüssen: Die allgemeine Prognose der Geschlechtskrankheiten ist nicht so schlecht, daß wir das Recht haben, relativ geheilte Individuen durch gesetzlich geforderte Maßnahmen von der Ehe im Interesse der Gesundheit der Nation abzuhalten. Die Offenbarung der vorehelichen Krankheit dürfte in einer großen Zahl von Fällen das Zustandekommen, in den übrigen das Glück der Ehen gefährden.

2. Geschlechtskrankheiten und Eherecht, von David-Breslau. Verfasser bespricht die für die Auflösung von Ehen durch Geschlechtskrankheiten in Frage kommenden Gesetzesparagraphen. Der Jurist kann mit dem Begriff der relativen

Digitized by Google

Heilung nichts anfangen. Kann der Sachverständige die Frage der Übertragungsfähigkeit mit Bestimmtheit nicht verneinen, dann bleibt die Geschlechtskrankheit als Anfechtungsgrund der Ehe bestehen.

In einer sich an diese beiden Referate anschließenden längeren Diskussion vertreten alle ärztlichen Redner die Ansicht, daß nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle die absolute Heilung von einer Geschlechtskrankheit im juristischen Sinne nicht konstatiert werden kann.

Georg Heymann-Elbing.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch (früher Kompendium) der Haut- und Geschlechtsleiden einschließlich der Kosmetik. II. Band: Geschlechtskrankheiten, von S. Jessner. Vierte, sehr erweiterte Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf 22 meist farbigen Tafeln (Kurt Kabitzsch. Würzburg 1913). Der zweite Band des Jessnerschen Lehrbuches, der die Geschlechtskrankheiten abhandelt, darf ebenso wie der erste über die Hautleiden aufs beste empfohlen werden. In klarer, übersichtlicher und leichtverständlicher Weise, unter Weglassung alles überflüssigen Beiwerkes bespricht Verfasser das Ulcus molle, die Syphilis und die Blennorrhöe. Daß diese Darstellungen unseren heutigen Kenntnissen entsprechen, bedarf kaum der besonderen Feststellung. Erfreulich ist, daß auch die Syphilis der inneren Organe, des Nervensystems und der Sinnesorgane eine ausführlichere Erörterung findet. Die außerordentlich wichtige Prophylaxe wird entsprechend berücksichtigt. Bei der Therapie der Syphilis dürfte der Absatz auf Seite 153 über Merzinol, das zu ein- bis zweimal wöchentlicher Injektion von 0,1 bis 0,25 (wohl Druckfehler statt 0,15?) empfohlen wird, wohl etwas vorsichtiger gehalten sein. Nähere Angaben über die Gesamtdosis und die manchmal recht unangenehme Stomatitis usw. bei Anwendung dieses Mittels, das zwar sehr wirksam, aber auch recht different ist, sind für den Praktiker unbedingt erforderlich. Überrascht hat es Referenten, daß Jessner noch die Anwendung von intramuskulären Salvarsaninjektionen empfiehlt; meines Erachtens sollte man aus bekannten Gründen, wenn irgend möglich, hiervon absehen. Die 24 Abbildungen auf 22 Tafeln werden sehr willkommen sein und stellen wieder, wie im Band über Hautkrankheiten, einen kleinen Atlas dar.

Dem kompletten Werk, Band I und II, das bei einem Preise von 16 M. (gebunden) äußerst wohlfeil bezeichnet werden muß, ist weiteste Verbreitung unter den Praktikern und besonders auch unter den Studierenden zu wünschen.

Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über den Zeitpunkt der luetischen Infektion des Fötus und dessen klinische Bedeutung, von J. Trinchese-Berlin. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 18.) In früheren Zeiten ganz allgemein und ganz vereinzelt auch noch in neuester Zeit hat

Digitized by Google

man an eine kongenitale Syphilis in unserem Sinne nicht geglaubt, sondern sich dieselbe entstanden gedacht intra partum durch den Kontakt des Kindes mit den erkrankten Genitalien der Mutter. Trotz der klinischen Beobachtungen, die schon zu den PROFETAschen und COLLESschen Gesetzen geführt hatten, ist der strikte, unwiderlegliche Beweis erst durch die Entdeckung der Spirochaete pallida erbracht worden. Der Verfasser leugnet die Möglichkeit einer paternen Infektion und glaubt ebenso auf Grund biologischer Grundsätze und klinischer Beobachtungen nicht an eine ovuläre Infektion. Nach seiner Ansicht erfolgt die Infektion des Fötus durch die syphilitisch infizierte Mutter, und zwar vorzugsweise in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. TRINCHESE glaubt nicht an die Lues als sehr häufige Ursache des Aborts, sondern meint, daß, wenn luetische Mütter abortieren, andere Ursachen vorliegen. Er begründet diese Ansicht mit der Beobachtung, daß sich fast ausnahmslos positive WASSERMANN-Reaktion bei der Mutter vorfindet, daß aber weder beim Fötus noch in der Plazenta Spirochäten nachweisbar sind. Auch beim Partus immaturus spielt die Lues keine sehr bedeutende Rolle, außer bei totgeborenen Kindern im siebenten Monat. Der Verfasser kommt auf Grund seiner serologischen und bakteriologischen Untersuchungen zu folgenden Zahlen. Der Partus immaturus findet statt bei luetischen Föten im fünften Monat in 1,6%, im sechsten Monat in 7%, im siebenten Monat in 20% der Fälle; so daß nur im siebenten Monat ein beträchtlicher Prozentsatz luetischer Föten geboren wird. Im achten Monat erreicht der Prozentsatz die Höhe mit 24%, fällt im neunten auf 20% und im zehnten auf 19%. Nach Ansicht des Verfassers hat die fötale Lues einen kurzen, akuten Verlauf, sie ist eine Spirochätensepsis und beginnt und endet in der Mehrzahl der Fälle innerhalb des intrauterinen Lebens. Lebend geborene Kinder mit syphilitischen Symptomen sind nicht lange vor ihrer Geburt infiziert worden und sind meistens vollkommen oder fast ganz ausgetragen. Die Ursache der üppigen Spirochätenentwicklung in den Föten ist noch unaufgeklärt, doch scheinen die fötalen Gewebe besonders gegen die Mitte des intrauterinen Lebens ein sehr günstiger Nährboden für die Spirochäten zu sein, was sich aber in späteren Monaten ändert, weshalb die lebenden oder totgeborenen, fast ausgetragenen Kinder spirochätenarm sind. TRINCHESE plädiert dann für eine energische Quecksilbertherapie der Mutter, durch die eventuell das Kind zu retten ist, wenn die Behandlung zeitig genug, d. h. vor der Infektion des Fötus eingeleitet wird. Er empfiehlt folgendes Vorgehen: Beginn der ersten Kur in der sechsten bis achten Woche, und zwar: jeden zweiten Tag eine Injektion von Hg salicylicum 0,1; Pausen von je einer Woche nach der 10. und 20. Einspritzung. Im ganzen 30 Einspritzungen. Dann, nach einer Pause von drei Wochen, Beginn der zweiten Kur, die wiederum 30 Injektionen Hg salicylicum 0,1 jeden zweiten Tag mit Pausen nach der 10. und 20. Injektion umfassen soll. Und endlich nach einer dreiwöchigen Pause eine dritte Kur von 10 Injektionen Hg salicylicum 0,1 jeden zweiten Tag, im ganzen 10 Einspritzungen. TRINCHESE veröffentlicht die Krankengeschichten einiger auf diese Weise behandelten Fälle mit dem sehr glänzenden Erfolge, daß nach normaler Gravidität die Geburt eines lebenden Kindes zur rechten Zeit erfolgte, daß die Mütter zur Zeit der Entbindung negative oder schwach positive WASSERMANN-Reaktion zeigten, und daß bei den Kindern die WASSERMANN-Reaktion (Blut aus der Nabelschnur) negativ war, und dieselben in einer Beobachtungszeit von drei bis zwölf Monaten gesund blieben. Nur in einem Falle scheiterte die Bemühung des Verfassers daran, daß die Mutter Quecksilber nicht vertrug, und auch eine sechs-

Digitized by Google

malige Infusion von je 0,2 Salvarsan die WASSERMANN-Reaktion stark positiv bleiben ließ, so daß im achten Monat ein mazeriertes Kind geboren wurde.

Lasch-Breslau.

Große syphilitische Gummen bei einem Neugeborenen, von C. SAUVAGE und LOUIS GÉRY. (Ann. de l'inst. Pasteur, 1913, Nr. 6). Bei einem fünf Tage alten Kinde mit Pemphigus syphiliticus fanden die Verfasser im Gegensatze zu dem sonst üblichen Befunde bis nußgroße Gummen in der Lunge und der Leber. Ungewöhnlich war es auch, daß die Spirochäten nicht im Parenchym dieser Organe (Hepatitis, Pneumonia alba), sondern in den Gummen in großer Zahl gefunden wurden. Die Verfasser meinen, daß die Syphilis in diesem Falle weniger zur Generalisierung als zur Bildung lokaler Herde neigte. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Myocarditis syphilitica congenita, von GUIDO WERLICH-Hamburg. (Mitt. Hamb. Staatsanst., 1913, Bd. 14, H. 7.) Verfasser beschreibt vier Fälle von Myokarditis bei congenital syphilitischen Kindern, deren syphilitische Ätiologie in drei Fällen durch den gelungenen Spirochätennachweis außer Frage gestellt ist. Diese drei Fälle hatten eine fast ausschließliche Lokalisation des Prozesses im interstitiellen Gewebe ohne wesentliche aktive Mitbeteiligung der Muskelelemente. Endo- und Epikard waren verschont geblieben. Im vierten Fall kamen Veränderungen gummöser Art zur Beobachtung. Der Verfasser stellt folgende Leitsätze auf:

Die kongenital-syphilitische Myokarditis ist selten. Die Syphilis des Herzens äußert sich in diffusen interstitiellen Zellwucherungen und Bindegewebsentwicklung, die vom Gefäßbaum ihren Ausgangspunkt nimmt. Der Spirochätennachweis gelingt leicht. Die Befunde von Gummen sind als lokal stärker fortgeschrittene Wucherung mit regressiver Veränderung aufzufassen. Eine klinische Diagnose ist mit Sicherheit nicht zu stellen. Chrzelitzer-Posen.

Pseudotuberkulöse Manifestationen bei Erbsyphilitischen, von RENÉ LE FORT und BACHMANN. (Bull. méd., 1913, Nr. 32.) Eine große Zahl der Knochen-, Gelenks- und Drüsenaffektionen des Kindesalters, die als tuberkulös gelten, ist syphilitischer Natur. Das Fehlen von Stigmen, die negative Anamnese der Eltern und die oft vorhandene tuberkulöse Belastung verführt sehr oft zur falschen Diagnose. In manchen Fällen wird aber bei näherer Untersuchung das Aussehen, die Ausdehnung, das Weiterschreiten, die Multiplizität usw. der Affektion auf deren Spezifität hinweisen. Bei sehr renitenten tuberkulösen Affektionen soll man daher stets an die Möglichkeit einer Erbsyphilis denken.

In der Diskussion wird gegen die Diagnose „ex juvantibus" Stellung genommen. Richard Frühwald-Leipzig.

Motorische und geistige Schwäche sowie Augenmuskellähmung bei einem Erbsyphilitischen, von MARCEL NATHAN. (Bull. méd. 1913, Nr. 54.) Das Syndrom der geistigen und motorischen Schwäche kann als „forme fruste" der LITTLEschen Krankheit aufgefaßt werden. Die Erbsyphilis ist vielleicht hier der ätiologische Faktor. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitralstenose und Radiculitis cubitalis bei einem Erbsyphilitischen, von MARCEL NATHAN. (Bull. méd., 1913, Nr. 54.) Zwölfjähriges zurückgebliebenes Kind mit Fingerkontraktur. Mitralstenose, negativer (!) WASSERMANN, rasche Besserung durch spezifische Behandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der primären Lues, von K. HARTMANN. (Ärztl. Corresphl. f. Niedersachsen, 1913, Nr. 9.) Der Vortrag bringt nichts wesentlich Neues. Es wird von Heilungen von 90—100% seit der Einführung der gemischten Salvarsan-

Digitized by Google

quecksilberkur berichtet. (Die Zeit zur Aufstellung dieses Prozentsatzes von Heilungen ist wohl noch etwas zu kurz. Ref.) Haas-Hamburg.

Beobachtung von drei genitalen und vier extragenitalen Schankern bei demselben Patienten nacheinander im Verlaufe von 39 Tagen auftretend, von WILLIAM S. GOTTHEIL-New York. (Amer. Journ. of Surgery, Juni 1912.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, in dem in der Zeit vom 5. Februar bis 18. März, d. h. im Verlaufe von 39 Tagen sieben Schanker auftraten, und zwar die ersten drei an verschiedenen Stellen des Präputiums, der vierte in der Mitte der linken Wange, der fünfte und sechste etwas links von der Medianlinie am Kinn, der siebente an der Unterlippe. Auch der siebente an der Unterlippe auftretende Schanker bot ein absolut typisches Bild, und im Verlaufe der nächsten 14 Tage zeigten sich folgende typische, syphilitische Manifestationen: Ein allgemeines makulöses Exanthem; allgemeine Drüsenschwellung, spezifische Angina, nächtliche Knochenschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwächegefühl und endlich am 20. Tage nach Auftreten des letzten Schankers ausgedehnte Schleimhautpapeln an beiden Lippen.

Sowohl bei den genitalen wie bei den extragenitalen Schankern waren Spirochäten nachgewiesen. Es handelte sich also hier um einen zuverlässig beobachteten Fall, in dem fast sechs Wochen nach dem ersten Schanker nochmals ein typischer siebenter Schanker auftrat, dem allerdings ganz unmittelbar Allgemeinerscheinungen folgten. Trotz dieser letzteren Tatsache läßt ein solcher Fall die erfolgreiche Exzision eines gutsitzenden Primäraffektes als recht aussichtsvoll erscheinen. Lasch-Breslau.

Über eine seltene Lokalisation der Initialsklerose, von A. MARZIANI. (Bollett. d. Soc. med. di Parma, 1912, Nr. 10.) Es handelte sich um einen Fall von Initialsklerose am Zahnfleisch eines siebenjährigen Mädchens. Dieselbe saß über dem zweiten oberen Schneidezahn rechts, war halbmondförmig und von Zweipfennigstück-Größe. Mund und Gaumen waren sonst frei von syphilitischen Symptomen, am Körper fand sich eine Roseola. Der Infektionsmodus konnte nicht eruiert werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Initialsklerose an der Caruncula lacrimalis, von FANNY JAMPOLSKY-Wien (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 17.) Die an und für sich nur etwa 3—4 Prozent betragenden extragenitalen Primäraffekte kommen in der Augengegend am seltensten vor, am wenigsten jedenfalls an der Karunkel. Ein einschlägiger Fall dieser Art, der eine 46jährige Hebamme betraf, welcher angeblich vor zwei Monaten beim Entbinden einer Frau Fruchtwasser in das linke Auge gespritzt war, teilt Verfasserin aus der Klinik FUCHS mit. Sehr günstige Erfolge nach zweimaliger intravenöser Salvarsaninjektion von 0,5. Zusammenstellung einiger einschlägiger Angaben aus der Litteratur. W. Lehmann-Stettin.

Über den syphilitischen Primäraffekt am Rumpfe, von FRIEDR. OSKAR BURKHARDT. (Dissert. Leipzig 1912.) Fritz Loeb-München.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von QUEYRAT. (Semaine méd., 1913, Nr. 31.) Ein junger Mann war vor einem Jahre wegen Initialsklerose am Präputium mit Salvarsan behandelt worden. Ein Jahr später bekam der Kranke, der vorher nie Sekundärsymptome gezeigt hatte, einen neuen Schanker auf der Glans mit Inguinaldrüsenschwellung, dem bald typische Sekundärsymptome folgten.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Haarbruch, von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschrift, 1913, Nr. 21.) Ein eigentümliches massenhaftes Abknicken und Abbrechen der Haare beobachtete H. bei einer 46jährigen Dame, welche seit einigen Monaten ein aus Paris bezogenes Haarfärbemittel, Mixture Bronce ou Mixture Venetienne, zur Schwarzfärbung benutzt hatte. Die chemische Analyse des Präparates ergab, daß es sich um eine Lösung von salpetersaurem Kobalt mit einem Überschuß von Ammoniak (als Lösung A bezeichnet) handelte, welche im Verein mit einer Pyrogallollösung (Flasche B) eine tiefschwarze Fällung gab. Die mikroskopische Untersuchung der Haare zeigte sowohl Vakuolenbildung als auch scharfe Durchtrennung des Haarschaftes, wie an der Abbildung deutlich dargelegt ist. Nach dem Aussetzen des Färbemittels erholten sich die Haare allmählich wieder.

Philippi-Salzschlirf.

Über das Vorkommen von Tuberkulose und Syphilis in Deutsch-Südwestafrika, von E. Scherer-Tsumeb. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 27.) Verfasser weist an Statistiken nach, daß in der Kolonie die Tuberkulose relativ selten vorkommt, und daß das Klima im allgemeinen zur Bekämpfung des Leidens günstig ist. Ferner führt er aus, daß Syphilis bei den Eingeborenen durchaus nicht sehr verbreitet ist. Der sechsjährige Durchschnitt ergab nur 1 bis 2% im Jahr auf der immerhin 2200 bis 2500 Personen zählenden Werft. Es fiel auch auf, daß die Krankheit bei den Eingeborenen (Ovambos, Buschleute) stets besonders leicht verlief und durch kleinere Dosen von Medikamenten zu behandeln war als bei den Weißen. Aus diesen und anderen Gründen kommt Verfasser zu dem Resultat, daß man nicht von der Syphilis als „Volkskrankheit" in Südwest sprechen kann.

Philippi-Salzschlirf.

Methoden der Wasserdestillation, von A. G. Barladeau-Bern. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 29.) Der Unterschied in bezug auf den Grad der Reinheit bei destilliertem Wasser, der je nach der Herstellungsart hervortritt, läßt sich an den Wachstumsverhältnissen von Weizenkörnern, welche auf solchem Wasser ausgesät werden, sehr frappant veranschaulichen. Verfasser bringt Photogramme von Weizen, der auf dem gewöhnlichen destillierten Wasser der Laboratorien und von solchem, der auf einem dreifach in einem Destillierapparat von Glas abdestillierten Wasser gewachsen war. Man sieht an diesem sowie an einem anderen nach ähnlichen Gesichtspunkten hergestellten Bilde deutlich, daß, je reiner das Wasser ist, um so üppiger das Wachstum namentlich der Wurzeln der Weizenhalme sich entwickelt. Ein anderes sehr präzises Kriterium für die Reinheit von Wasser ist dessen Leitungsvermögen. Untersuchungen, welche Verfasser und andere Verfasser nach diesen Gesichtspunkten angestellt haben, führten zur Aufstellung von verschiedenen Methoden, um ein möglichst einwandfreies Wasser herzustellen. Eine relativ einfache Vorschrift lautet: Gewöhnlich destilliertes Wasser wird mit Kaliumpermanganat bis zur Rotfärbung und dann mit zwei bis drei Tropfen konzentrierter Schwefelsäure versetzt; man läßt zwei bis drei Tage stehen, kocht 10 bis 15 Minuten, läßt absetzen und gibt in den Destillierkolben bis zum Auffüllen auf höchstens vier Fünftel des Inhalts, worauf man bei schwachem Feuer abdestilliert. Von dem Destillat werden die erste und die letzte Portion (100 bis 110 ccm) verworfen; die mittlere Portion wird mit Bariumhydroxyd (25 ccm gesättigter Lösung auf 1000 ccm

Digitized by Google

Wasser) versetzt, worauf wieder destilliert wird; von dem Destillat wird die mittlere Portion genommen und ohne weiteren Zusatz destilliert. Von diesem letzten Destillat wird auch nur die mittlere Portion verwendet. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Eine neue Erhebung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den Großstädten Deutschlands. Schon einmal — am 30. April 1900 — hat innerhalb des Deutschen Reiches eine umfassende Erhebung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten stattgefunden, welche sich aber nur auf das Königreich Preußen beschränkte. Seitdem ist der Wunsch nach Wiederholung dieser Enquete vielfach aus ärztlichen Kreisen laut geworden, ein Wunsch, der um so begreiflicher ist, als seitdem die Lehre von den venerischen Krankheiten große Umwälzungen erfahren hat. Die Entdeckung der Spirochäte, der Überimpfbarkeit der Syphilis auf Tiere, welche die experimentelle Durchforschung der Syphilis ermöglichte, die Entdeckung der Serodiagnostik, die Einführung des Salvarsans in die Syphilisbehandlung, alles das sind Etappen, welche nicht nur die Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis auf eine ganz andere Basis stellten, sondern auch die Erkenntnis brachten, daß die Bedeutung der Syphilis einen bisher ungeahnten Umfang in der menschlichen Pathologie einnimmt.

Da einer vom Reich selbst ausgehenden, sich über ganz Deutschland erstreckenden Erhebung vorderhand noch sehr große Schwierigkeiten im Wege stehen, so hat sich der Verband der Deutschen Statistischen Ämter entschlossen, jetzt eine solche Erhebung in den deutschen Großstädten zu veranstalten, welche im Zeitraum vom 20. November bis 20. Dezember stattfinden soll. In diesen Tagen ist allen großstädtischen Ärzten ein Rundschreiben des Statistischen Amtes ihres Wohnortes zugegangen.

Der chronische Charakter der venerischen Krankheiten bedingte von vornherein eine gewisse Schwierigkeit in der Fragestellung, vor allem deshalb, weil schwer festzustellen ist, wer denn — so lautete die Frage im Jahre 1900 — als „in ärztlicher Behandlung stehend" zu bezeichnen sei. Um diese Fehlerquelle nach Möglichkeit auszuschalten, haben sich die statistischen Ämter im Einverständnis mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entschlossen, den Zeitraum der Erhebung auf einen Monat auszudehnen und alle diejenigen geschlechtskranken Patienten zu zählen, welche während dieser Zeit die Sprechstunde besuchen oder sonst ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Bei diesem Modus läßt sich erwarten, daß man ein ziemlich korrektes Bild erhält, wenn die während der Zählungsperiode in die Sprechstunde Gekommenen zusammenaddiert und davon die in andere Behandlung Übergegangenen abgezogen werden.

Hier nur ein paar technische Winke. Bei Ärzten, die nur wenige Geschlechtskranke behandeln, wird es genügen, wenn sie in der Zeit der Enquete — vom 20. November bis 20. Dezember — auf einen Bogen alle Geschlechtskranke mit Namen und Diagnose schreiben. Am Schlusse der Erhebung müßten dann diejenigen gestrichen werden, die einem Krankenhause oder einem anderen Arzte überwiesen worden sind. Bei Ärzten mit größerer Spezialklientel wäre es empfehlenswerter, wenn jeder einzelne Patient auf einem kleinen Zettel notiert, die Namen während der Zählperiode alphabetisch eingereiht und dann am Schlusse nach Krankheiten sachlich geordnet würden. Einzelne statistische Ämter haben nun die Absicht, eine Reihe von Zusatzfragen zu stellen. So wird z. B. in Frankfurt a. M. und Mannheim nach der Ortsangehörig-

Digitized by Google

keit und dem Familienstand (ob ledig oder verheiratet) gefragt. In Berlin sollen die neu hinzutretenden Fälle von den schon in Behandlung befindlichen getrennt werden. Auf diese kleinen Varianten, die freilich eine gewisse Mehrarbeit verursachen, werden die statistischen Ämter durch direkte Mitteilung hinweisen.

Die Ärzte können das Vorgehen der statistischen Ämter im Interesse der Wissenschaft sowohl wie im Interesse der öffentlichen Hygiene nur dankbar begrüßen. Freilich ist, um zu brauchbaren Resultaten zu gelangen, die Mitarbeit jedes einzelnen in der Praxis stehenden Arztes notwendig. Die Wichtigkeit dieser Erhebung macht es jedem einzelnen zur Pflicht, zu seinem Teil an dem Gelingen des Unternehmens mitzuarbeiten. Es ist daher zu hoffen, daß die spätere Bearbeitung des gewonnenen Materials eine lückenlose Beteiligung aller Ärzte ergeben wird.

Der Ausschuß der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft** besteht zurzeit aus folgenden Mitgliedern: Neisser, Ehrenpräsident, zugleich Generalsekretär; Veiel, Präsident; Riehl, Vizepräsident; Lesser, Vertreter des Generalsekretärs; Arning, Kassenführer; Finger, Vertreter des Kassenführers; Bettmann, Blaschko, Doutrelepont, Ehrmann, Hammer, Havas, Herxheimer, E. Hoffmann, Jadassohn, Klingmüller, Kreibich, Merk, v. Petersen, Touton und Wolff.

In Baltimore wird demnächst eine an das John Hopkins Hospital angegliederte, großzügige **urologische Klinik** unter der Leitung von Dr. Hugh H. Young errichtet werden.

Im George W. Watts Hospital zu Durham im nordamerikanischen Staate North Carolina wird eine ausschließlich dem Studium und der Behandlung der **Pellagra** gewidmete Abteilung eröffnet werden.

Dr. Max Nonne, Oberarzt der Abteilung für Nervenkrankheiten am Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf, und Dr. Hermann Wilbrand, Oberarzt der Augenabteilung des Krankenhauses St. Georg in Hamburg — beide auch durch ihre literarische Tätigkeit auf syphilidologischem Gebiete bekannt — erhielten vom Senate der Freien und Hansestadt Hamburg den Professortitel.

Priv.-Doz. Dr. W. Heuck wurde zum leitenden Arzte der neuerrichteten dermatologischen Abteilung am Krankenhause in München-Schwabing ernannt.

Der Pellagraforscher Dr. Louis W. Sambon von der London School of Tropical Medicine wurde bei der im September zu Spartanburg, S. C. abgehaltenen Versammlung der Thompson-McFaddin Pellagra-Commission zum Ehrenmitgliede der Spartanburg County Medical Society gewählt.

Geh. Med.-Rat Prof. ord. hon. Doutrelepont-Bonn feierte sein 50jähriges Dozentenjubiläum.

Unser Mitarbeiter Prof. Otto Seifert, Direktor der Universitätspoliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg, feiert am 9. Dezember seinen 60. Geburtstag.

Dr. Charles Lester Leonhard, einer der ersten Röntgenspezialisten Philadelphias, ist an einem malignen Prozesse, den er sich durch Beschäftigung mit den X-Strahlen zugezogen, gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. November 1913 | Nr. 48 | Band 57

Aus dem dermatologischen Institut von Prof. Blaschko in Berlin.

Das Trichophyton gypseum asteroides und zwei neue Vertreter dieser Gruppe (Tr. g. griseum und radioplicatum).

Von

Dr. W. Fischer.

(Mit 1 Abbildung im Text und 1 Tafel.)

Die allmählich fortschreitende Erkenntnis in der Ätiologie der Dermatomykosen, speziell der sogenannten Trichophytien, welche wir in der Hauptsache den grundlegenden Arbeiten Sabourauds verdanken, hat die Tatsache ergeben, daß wir es bei diesen Erkrankungen nicht mit einem einheitlichen Erreger zu tun haben. Wir müssen vielmehr ätiologisch eine ganze Reihe von Arten einer Pilzklasse unterscheiden, die zwar grobklinisch die gleichen Bilder erzeugen können — vielleicht mit besonderer Bevorzugung der einen oder der anderen Form bei einer Spezies — sich aber kulturell und biologisch in den meisten Fällen deutlich differenzieren lassen. Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte sind eine große Menge von Einzelformen aufgestellt worden; da aber diese Arbeiten nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten ausgeführt wurden, ergaben sich manche Irrtümer und Unklarheiten, welche dazu beitrugen, die Lehre von der Pluralität der Erreger zu diskreditieren und ihre allgemeine Anerkennung zu verzögern. Auch jetzt sind noch nicht alle Zweifel behoben; wird doch von Plaut noch immer behauptet, daß zwischen den einzelnen Varietäten wirkliche Übergänge vorkommen. Vielleicht hat man auch in der Tat manchmal in dem Bestreben, neue Arten zu finden, allzu geringe inkonstante Differenzen im Aussehen der Kultur benutzt. Es ist ja ferner bekannt, daß selbst kleinste Varianten in der Zusammensetzung des Nährbodens, sein Feuchtigkeitsgehalt und die Temperaturverhältnisse das Wachstum einer Pilzart erheblich zu variieren vermögen, wodurch bei der an sich sehr nahen Verwandtschaft aller Mitglieder dieser Organismen eine Klassifizierung noch mehr erschwert wird. Daraus ergab sich wieder die Gefahr, artgleiche Pilze nicht richtig zu identifizieren und unter verschiedenen Namen zu beschreiben, wie dies ja auch tatsächlich vorgekommen ist. Um wirklich vergleichbare Resultate zu erlangen,

Digitized by Google

muß man aber genau wie bei der Züchtung von Spaltpilzen streng unter den gleichen Verhältnissen arbeiten, deshalb hat SABOURAUD sozusagen einen Normalnährboden, das Milieu d'épreuve, angegeben, der jetzt wohl allgemein angewendet wird, wenn die angelegten Kulturen zu feineren systematischen Studien benutzt werden sollen.

Diese Systematik ist ja bis jetzt allerdings nur eine vorläufige, da bei den zurzeit bekannten Züchtungsmethoden eine Fruktifikation auf geschlechtlichem Wege nicht erzeugt werden kann und nur Sporenbildung auftritt und so wenigstens im botanischen Sinne eine Klassifizierung gegenüber anderen pflanzlichen Organismen nicht möglich ist. Solange aber nicht andere Wege offen stehen, müssen sich unsere Untersuchungen in den von SABOURAUD gewiesenen Bahnen bewegen; seine Anregungen haben, wenn wir sie auch nur als Arbeitshypothese auffassen, doch zweifellos sehr wesentliche Fortschritte gebracht. Wir verdanken aber SABOURAUD noch eine andere besondere Förderung auf diesem Gebiete durch die bildliche Zusammenstellung der meisten bis jetzt bekannten Kulturformen in seinem großen Handbuch „Les teignes". Was eine noch so eingehende Beschreibung nie erreicht, ist hier durch mustergültige photographische Reproduktionen zum ersten Male erzielt worden. Das Werk wird dadurch zum unentbehrlichen Rüstzeug für jeden, der auf diesem Gebiete arbeiten will.

Neben makroskopischen und mikroskopischen kulturellen Differenzen ergeben sich wichtige Anhaltspunkte zur Klassifizierung aus dem Wachstum der Pilze im Haar. Es lassen sich dadurch zwei große Typen trennen, einmal die Endotrix- und ferner die Ektotrixarten, d. h. solche, die nur innerhalb, und solche, die auch an der Oberfläche des Haares wachsen. Nur bei dem Trichophyton cerebriforme und seiner Varietät, dem Tr. plicatile, ist diese Einteilung nicht möglich, da dieselben im Verlaufe der Infektion zuerst im Haare wachsen, später aber nach außen durchbrechen; sie bilden einen Übergangstyp, SABOURAUD nennt sie deshalb Neo-endotrix. Es hat sich nun die wichtige Tatsache herausgestellt, daß die Ektotrixarten auch insofern eine Klasse für sich bilden, als sie in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle tierischen Ursprungs sind und nur als gelegentliche Infektionen beim Menschen vorkommen. Darauf basierend hat BLOCH kürzlich die Erreger der Trichophytie, ähnlich wie man dies beim Favus und der Mikrosporie schon gewohnt ist, in einen humanen und Tiertyp eingeteilt.

Von diesem Tiertyp waren schon lange eine Reihe von Arten bekannt, die durch den Charakter ihres kulturellen Wachstums sich leicht unterscheiden lassen. Man kannte gipsartige, favusähnliche und flaumig wachsende Formen. SABOURAUD hat dann 1910 in seinem Handbuch

Digitized by Google

15 Arten zusammengestellt, von denen einzelne bereits unter anderen Namen beschrieben waren. Sie sind, wie erwähnt, alle ektotrich oder richtiger gesagt endoektotrich (Plaut) und zerfallen durch die verschiedene Größe ihrer Sporen in zwei große Gruppen. Ich lasse sie hier in tabellarischer Anordnung unter Hinzufügung der beiden neuen Vertreter, welche weiter unten beschrieben sind, folgen. Soweit mir aus der Literatur Angaben zugänglich waren, ist auch ihre tierische Herkunft und das Vorkommen von Übertragungen auf den Menschen vermerkt.

			Tier	Mensch
I. Kleinsporige Gruppe:	a) Typus gypseum	1. Tr. asteroides	Pferd	verhältnismäßig oft (siehe unten)
		2. „ radiolatum	?	zweimal, nur von Sabouraud be-
		3. „ granulosum	Pferd	1 in Italien [schrieben
		4. „ lacticolor	?	2
		5. „ farinulentum	Schwein?	5 Sabouraud
		6. „ persicolor	?	3
		7. „ griseum	Hund?	1 in dieser Arbeit
		8. „ radioplicatum	Pferd?	1 in dieser Arbeit
	b) Typus niveum	1. „ radians	Katze	entspricht wohl dem Tr. felineum I von Plaut, einige Fälle
		2. „ denticulatum		
II. Großsporige Gruppe:	a) Sammetartiger Typ.	1. „ rosaceum	?	6 Sabouraud, in Italien u. England
		2. „ vinosum	?	1 Sabouraud [häufiger
		3. „ equinum	Pferd	2
		4. „ caninum	Hund	—
	b) Favusähnlicher Typ.	1. „ ocraceum	Schwein	1 und 1a wahrscheinlich identisch, gleiche oder ähnliche Formen sind gelegentlich in Frankreich, Deutschland, England und Polen aus menschlichen Infektionen gezüchtet worden. In Italien anscheinend häufig
		(1a. „ verrucosum Bodin)	Rind	
			Hund	
			Vögel?	
		2. „ album		
		3. „ discoides		

Wie aus der Tabelle ersichtlich, sind die meisten Vertreter dieser Art als Spontaninfektion beim Menschen gegenüber den anderen humanen Typen außerordentlich selten gefunden worden. Von Trichophyton caninum ist überhaupt noch keine Übertragung bekannt. Von der Gypseumgruppe scheint das Tr. asteroides am verbreitetsten zu sein. Sabouraud selbst hat 18 Fälle gesehen und registriert daneben eine Reihe weiterer vereinzelter Beobachtungen, die ihm z. T. brieflich zugänglich gemacht worden sind und nach denen in verschiedenen Ländern sein Vorkommen erwiesen ist; auch die schlechtweg als Gypseum bezeichneten Stämme (Plaut, Bloch, Bruhns und Alexander) sind wohl meist Vertreter dieser Art gewesen. In Berlin ist es meines Wissens nur von den letztgenannten Autoren kultiviert worden. Die von ihm gesetzten klinischen Läsionen sind zwar nicht streng charakteristisch, sollen aber stets Neigung zur Kerionbildung, d. h. zur Entwicklung follikulärer Abszesse, zeigen.

Digitized by Google

Wie sich aus meinen Kultivierungsversuchen zahlreicher Trichophytien ergeben hat, ist das Tr. g. asteroides aber nicht selten in Berlin anzutreffen. — Unter etwa 70 Stämmen, welche ich seit dem Jahre 1911 gezüchtet habe, fand ich ihn sechsmal. Zur Demonstration ihrer klinischen Eigenart mögen die Fälle hier kurz folgen; die ersten 5 Fälle betreffen erwachsene Personen und zwar 4 Männer und 1 Frau.

1. Pat. D., Arbeiter, schwere, tiefe, seit mehreren Monaten bestehende Sykosis, drei Herde an den Wangen und am Kinn; diese entleeren bei der Inzision große Mengen Eiters, daneben eitrige Follikulitiden. In den abgebrochenen Haarstümpfen ektotriche Sporenhaufen.

2. Pat. S., Kaufmann, vor zwei Monaten schuppende kreisförmige Entzündung an der rechten Backe, die allmählich größer wurde und in die Tiefe ging. Jetzt taubeneigroße Sykosis, die Oberfläche ist blaurot verfärbt und fast haarlos, letzteres infolge einer bereits eingeleiteten Röntgenbehandlung. Die noch vorhandenen Haare lassen sich deshalb leicht epilieren. Einzelne sind abgebrochen und pilzhaltig. Inzision ergibt Eiteransammlung in der Tiefe, keine follikulären Abszesse.

3. Pat. B., Packer, am linken Augenwinkel nach der Schläfe zu hinwachsend ein zweimarkstückgroßer, leicht diffus entzündlicher Herd, in dessen Bereich namentlich am Rande kleine follikuläre Pusteln aufgetreten sind. Schuppung gering, in dem abgekratzten Material fadenförmige und septierte Myzelien. Die Affektion besteht etwa seit einer Woche.

4. Pat. F., Geschäftsmädchen, an der Innenseite des rechten Vorderarmes markstückgroßer typischer Herpes tonsurans vesiculosus, seit acht Tagen bemerkt. In den Schuppen Myzelien (Vater hat eine Bartflechte).

5. Pat. H., Kutscher, im Nacken an der Haargrenze zwei zurzeit konfluierte Kreise von Fünf- und Dreimarkstückgröße. Im Zentrum noch leichte Schuppung, aber keine Infiltration; der ringförmige Wall ist eliviert, aber ohne Bläschen oder Pusteln. Nur die Randschuppen enthalten nicht sehr zahlreiche Myzelfäden. Dauer der Infektion unsicher, mindestens 14 Tage.

Während es sich in den vorstehend skizzierten Fällen um Bart- oder Körpertrichophytien handelte, fand ich diesen Pilz als Erreger einer Kopftrichophytie nur einmal und zwar bei einem Kinde.

6. Pat. H., 10jähriger Schüler, über dem linken Scheitelbein ein fünfmarkstückgroßer kalottenförmiger Abszeß, der aus einzelnen Fisteln ziemlich dünnflüssigen Eiter entleert, der Rand ist von kleinen, ganz oberflächlichen pustulösen Bläschen bedeckt, deren Zentrum immer ein Haar ist. Die Oberfläche der Effloreszenz schuppt, ist aber fast sonst verhältnismäßig reizlos, ebenso wie die Umgebung der Pusteln. Alle Haare in diesem Bereich sind leicht auszuziehen und in den intradermalen Teilen mit Pilzsporen vollständig ausgefüllt und durchsetzt. Diese Haarabschnitte sind grauweiß, etwas verdickt und von Mikrosporiehaaren mikroskopisch nicht zu unterscheiden; abgebrochene Haare sind aber nicht nachzuweisen. Am Hinterkopf bestehen vier weitere bis zehnpfennigstückgroße flache Herde, die klinisch den Eindruck einer ganz oberflächlichen kreis- und ringförmigen Pyodermie machen. Auch hier finden sich in den Haaren und spärlich im Eiter Pilze. Dauer der Erkrankung 14 Tage bis 3 Wochen. Infektionsmodus nicht bekannt; eine Tierinfektion aber wahrscheinlich, da sich in dem betreffenden Hause ein Pferdestall befindet.

Digitized by Google

Die aus den oben beschriebenen Fällen gewonnenen Kulturen ergaben auf Maltose-Peptonagar als Erreger das Trichophyton gypseum asteroides. Nach drei bis sechs Tagen wurde die Entwicklung makroskopisch in Form weißlicher, flächenhafter Myzelausbildung sichtbar; das reichlich sporenenthaltende Haarmaterial keimte schneller aus als das aus Schuppen gewonnene. Zweimal hatten die jungen Myzelien zuerst eine mehr düster graue Farbe, bedeckten sich aber schnell mit stumpf weißgefärbten Sporen, ebenso wie die übrigen Kulturen, und gewannen dadurch das charakteristische, wie mit Gips bestreute Aussehen. Schon nach Ablauf von einer Woche traten dann die peripheren sternförmigen Ausstrahlungen auf. Später nehmen die Kulturen einen mehr gelblichen Farbenton an. Der Eintritt der Pleomorphie schwankte zwischen zwei und drei Wochen, erfolgte also meist früher, wie ihn Sabouraud für diese Art angegeben hat. Auf reinem Peptonagar[1]), dem Milieu de conservation, tritt sehr bald eine deutliche Neigung zur Oberflächenfaltung hervor, die sich in der Bildung eines tiefen zentralen Kraters dokumentiert, von welchem nach der Peripherie unregelmäßige Leisten ausstrahlen. Die Oberflächenfarbe ist mehr hellgrau und wie von einem spärlichen weißen Puder bedeckt.

Es ergibt sich aus diesen Beobachtungen ein relativ häufiges Vorkommen von spontanen Menscheninfektionen mit dem Tr. asteroides in Berlin, prozentual sind es beinahe 10% aller derartiger Mykosen. Was die durch ihn gesetzten klinischen Läsionen anlangt, so kann man sagen, daß im Barte, wo die Haare sich tief in die Haut einsenken, bei längerem Bestande jedesmal typische sykotische Läsionen auftraten. An unbehaarten, nur Lanugo tragenden Körperstellen war die Intensität des Prozesses verschieden. In einem Falle so leicht, daß es wie bei anderen Trichophytieinfektionen zu zentral schnell abheilenden, ringförmigen Bildungen kam. Bei der kindlichen Kopftrichophytie war allerdings, die Schnelligkeit, mit welcher der Prozeß zur Pustulation kam sehr auffallend. Es handelte sich eigentlich um kleine, follikuläre, oberflächliche Abszesse, die so rasch zur Entwicklung gekommen waren, daß eine nennenswerte kinfiltrative Reaktion des Gewebes nicht in Erscheinung treten konnte. Man ann also sagen, daß zwar im allgemeinen die Infektion mit dieser Pilzart zu schwereren, eitrigen Prozessen führt, trotzdem läßt sich aber aus der klinischen

[1]) Ich möchte hier auf die Bedeutung der Sabouraudschen Vorschrift, stets das Pepton granulé Chassaing zu verwenden, auch meinerseits hinweisen. Als mir eine Zeitlang dieses Präparat nicht zur Hand war und ich zur Herstellung des Nährbodens ein Pepton anderer Herkunft verwenden mußte, entwickelten sich Kulturformen, die sich recht erheblich von den Sabouraudschen Bildern unterschieden und einen Vergleich ganz unmöglich machten.

Digitized by Google

Form keineswegs immer ein Schluß auf die Art des vorliegenden Erregers ziehen. Diese Feststellung stimmt mit den Befunden überein, welche ich an über 40 Infektionen mit Trichophyton cerebriforme, dem in Berlin weitaus an erster Stelle stehenden Erreger derartiger Bart- und Hautmykosen machen konnte. Auch hier bestanden in manchen Fällen trotz monatelanger Erkrankung nur oberflächliche Herde selbst im Gesicht, in anderen erfolgte das Eindringen in die Tiefe auffallend schnell. In einem Falle sah ich sogar einen klinischen Ablauf, der ganz unter dem Bilde einer Mikrosporie verlief, doch will ich auf diese Unterschiede hier nicht näher eingehen, da ich an anderer Stelle hierüber später berichten werde. Nur bemerken möchte ich, daß meine Untersuchungen am Mäusefavus es mir wahrscheinlich gemacht haben, daß die Entstehung der einen oder anderen klinischen Form überhaupt nur in beschränktem Maße der Art des infizierenden Pilzes zuzuschreiben sind; auch die verschiedene Reaktionsfähigkeit der erkrankten Haut kommt nicht so sehr in Betracht. Vielmehr scheinen hierbei individuelle Differenzen der einzelnen Stämme eine Rolle zu spielen, die vielleicht durch uns meist unbekannte virulenzsteigernde oder herabmindernde Passagen, ähnlich wie bei den Bakterien, bedingt sind.

Andere bisher bekannte Arten der Gypseumgruppe, ebenso wie das 1910 von meinem Bruder F. Fischer in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft demonstrierte Trichophyton griseum, habe ich bisher nicht gefunden. Da das letztere in der Literatur noch nicht genauer beschrieben ist, möchte ich hier an der Hand der mir freundlichst überlassenen Kulturen seine genaueren Charakteristika, soweit dies noch möglich ist, näher feststellen. Daran anschließend werde ich über ein weiteres noch nicht beschriebenes Trichophyton gypseum berichten.

Die Patientin, ein Dienstmädchen, zeigte an der Innenseite ihrer beiden Vorderarme je einen ovalen Herd von 5 resp. 7 cm großen Durchmessern, der im Verlaufe von drei Wochen die jetzige Größe erreicht hat. Die Affektion machte den Eindruck eines wenig schuppenden, stark infiltrierten, chronischen Ekzems und ähnelte einer medikamentös von ihren Schuppen befreiten Psoriasiseffloreszenz. Seröse oder pustulöse Bläschen oder follikuläre Eiterungen bestanden zur Zeit der Untersuchung nicht; als Infektionsquelle wurde ein Hund angegeben, der aber selbst damals von meinem Bruder nicht untersucht worden ist. Da durch die mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein von Pilzelementen festgestellt wurde, wurden einige abgekratzte Schüppchen auf Maltose-Peptonagar ausgesät. Die entstehenden Kulturen waren mit keiner der bisher bekannten Formen identisch. Auch Dr. Sabouraud, der so freund-

Digitized by Google

lich war, dieselben zu prüfen, erklärte, daß ihm der Pilz noch nicht vorgekommen wäre, derselbe sei der Familie der Trichophyta gypsea anzugliedern und stehe am nächsten dem Trichophyton asteroides.

Die Kultur entwickelt sich in folgender Weise. Ausgesäte Sporenhäufchen schwellen in kurzer Zeit stark auf und überziehen sich in zwei bis drei Tagen mit einem weißen Flaum. Gleichzeitig breitet sich auf der umgebenden Oberfläche des Nährbodens ein nicht sehr dichtes weißes Myzel aus. Bald ändert sich jedoch das Bild: während sich der das Zentrum der Kultur umgebende Teil hervorwölbt, sinkt der zentrale Buckel in die Tiefe und wird dunkelbraun. So entsteht ein Nabel, in dessen Grunde oft kleine, sich netzartig durchflechtende Leisten sichtbar werden. Das umgebende Myzel bedeckt sich mit weißen Sporen. Gleichzeitig wächst es flächenhaft nach außen kreisförmig weiter (siehe Tafel 11, Fig. 1). Die Sporen behalten nur kurze Zeit ihre weiße Farbe und färben sich ziemlich schnell graugrün. Dieser Färbung verdankt der Pilz seinen Namen griseum. Aber auch diese Färbung bleibt nicht dauernd bestehen. Die älteren Sporen werden wieder heller und schließlich gelblich. Ein solcher Farbenwechsel vollzieht sich kontinuierlich an jeder einzelnen Spore entsprechend ihrem Alter. Es gibt daher ein Stadium der Kultur, wo wir Sporen von dreierlei Farbe antreffen: gelbe um das eingesunkene Zentrum, graugrüne weiter außen, und ganz außen weiße. Den äußersten Rand bildet dann noch das weißliche, strahlig angeordnete Myzel (siehe Tafel 11, Fig. 2, wo zentral bereits Pleomorphie).

Wie alle Gypsea-Arten, besitzt auch die vorliegende eine pleomorphe Form. Diese tritt etwa nach dreiwöchigem Bestande auf, beginnt vom Zentrum aus und überwuchert schnell die ganze Kultur.

An Fruktifikationsorganen entwickelt der Pilz in der Tropfenkultur ektogene Sporen, teils in Form der Thyrsosstäbe, teils in Traubenanordnung, ferner Chlamydosporen, und zwar sowohl als endständige, vielkammerige Spindeln als auch in Ketten. Die sonst bei dieser Gruppe vorkommenden Wickel oder Spiralen habe ich dagegen in den mir vorliegenden eosingefärbten Präparaten nicht auffinden können.

Der Pilz ist für Meerschweinchen stark pathogen. Die Impfung wurde in der Weise vorgenommen, daß auf einer talergroßen rasierten Stelle in der Gegend zwischen den Schulterblättern drei etwa 1 cm lange, bis in die Kutis gehende Schnitte angelegt wurden. In diese wurde Sporenmaterial eingerieben. Nach sechs Tagen war die Umgebung der Schnitte gerötet, leicht geschwollen und schuppend. Am elften Tage hatte sich die ganze rasierte Fläche mit einer blutroten Borke bedeckt, aus welcher an einigen Stellen die nachgewachsenen Haare zu Büscheln verklebt heraussahen. Die Orte der Impfschnitte waren nicht mehr zu

Digitized by Google

erkennen. In von diesen Haaren angefertigten Präparaten fand sich der Pilz innerhalb und außerhalb des Haares liegend in enormer Menge. Es ergibt sich auch daraus, daß es sich um ein Trichophyton ektotrix handelte. Die Kleinheit der einzelnen Sporenelemente wiesen ihn in die in der vorstehenden Tabelle unter I genannte Gruppe. Am Ende der zweiten Woche setzte die Spontanheilung ein, die etwa in acht Tagen beendet war.

Denselben Stamm hat bereits Prytek (Arch. f. Derm., Lesser-Festschrift), dem die Kultur von anderer Seite zugänglich gemacht war, zu seinen Studien über das Auftreten von Immunität nach einmal überstandener Infektion an Meerschweinchen und Kaninchen geprüft. Wie bei unseren Versuchen haftete die Impfung jedesmal; unter 10 Meerschweinchen konnten allerdings bei zweien keine Pilzelemente nachgewiesen werden. Etwa 14 Tage nach der Impfung erfolgte eine periphere Infiltration und die Entwicklung einer nicht sehr derben hämorrhagischen Kruste, am 18. Tage begann bereits die spontane Abheilung. Ein erneuter Versuch, die betreffenden Tiere mit Mäusefavus zu infizieren, ergab bei fünf Meerschweinchen eine stark entwickelte klinische Läsion ohne Pilzbefund. Bei Verwendung des Griseum-Stammes zeigten zwei Tiere eine leichte, rasch abklingende Reaktion ohne Pilzbefund, eins konnte neu infiziert werden, die Erkrankung kam aber auffallend schnell zum Ablauf. — Bei den Kaninchen fehlte jede immunisatorische Wirkung. Die gesetzten Impfeffekte bildeten jedesmal nach zwölf Tagen eine ausgesprochen gelbe Borke, das klinische Bild entsprach mehr den durch Mäusefavus hervorgerufenen Affektionen; auch hier erfolgte nach einiger Zeit Spontanheilung.

Einen weiteren noch nicht bekannten Vertreter der mikroiden ektotrichen Trichophytiegruppe konnte ich aus folgendem Fall züchten: Es handelte sich um einen jungen Kutscher, welcher seit etwa sechs Wochen zuerst im Nacken[1]), später auch am Kinn eine juckende Stelle bemerkt hatte, die sich rasch zu einer dicken knotigen Geschwulst umwandelte. Er zeigte, als ich ihn zum erstenmal sah, an der linken Unterkieferseite und im Nacken an der Haargrenze zwei handtellergroße sykotische Herde, in deren Bereich sich bereits aus kleinen Fisteln Eiter entleerte. Andere flache Herde fehlten. Die Haare waren in diesen Zonen meist ausgefallen, die noch vorhandenen fast alle abgebrochen; sie ragten als kleine Stümpfe, welche sich leicht extrahieren ließen, aus der stark entzündeten Haut hervor. In durch Kalilauge aufgehellten Präparaten erwiesen sie sich außen und innen mit massenhaften kleinen Sporen durchsetzt. Der Beruf des Patienten läßt auf eine Infektion vom Pferde aus schließen.

Die ersten Kulturen wurden aus Haaren gewonnen, die in der bekannten Weise in den Nährboden (Maltose-Peptonagar) gesteckt waren.

[1]) Diese bei Trichophytien sonst nicht gerade häufige Primärlokalisation, welche wir auch im Fall 5 der Asteroidesfälle gesehen haben, macht es wahrscheinlich, daß die Infektionen durch Kratzen mit dem mit Pilzkeimen behafteten Finger entstanden sind.

Digitized by Google

Es keimte aus ihnen schon am dritten Tage ein grauweißlicher kurzhaariger Flaum, welcher sich schnell kreisförmig ausbreitete. Das Wachstum erfolgte bei Zimmertemperatur. Überimpfungen wurden auf schräge Röhrchen, Erlenmeyerkolben und Platten ausgeführt. In den beiden ersteren ist die weitere Ausbildung der Kultur die gleiche. Der Farbenton wird im weiteren Verlauf ein mehr blaugrauer, das Zentrum sinkt ein und es gehen von ihm zahlreiche, lockig gewundene radiäre Faltungen aus, die sich nach der Peripherie zu, wo die jüngsten Myzelien wachsen, verlieren. Diese eigenartige Kulturform habe ich zur Namengebung — radioplicatum — benutzt. Die peripheren Teile sind stets kreisrund begrenzt und senden keine strahligen Ausläufer aus, ihre Färbung ist eine mehr grauweiße. Am Ende der zweiten Woche, manchmal aber auch später, entwickelt sich meist vom Zentrum aus die pleomorphe Form in Gestalt langer schneeweißer Myzelien (siehe Tafel 11, Fig. 4). In Petrischalen ist das Wachstum insofern anders, als die radiären Einsenkungen nur sehr unvollkommen, manchmal bei schnellem Wachstum, wie wir es durch Temperaturerhöhung erzielen können, gar nicht in Erscheinung treten und dadurch die weißlichen in die Luft ragenden Sporen viel deutlicher als weiße, später gelblich werdende Zonen in konzentrischen Ringen sichtbar werden (siehe Tafel 11, Fig. 3). Hier tritt die Pleomorphie oft auch nicht vom Zentrum aus, sondern an irgend einer Stelle der Kultur auf, um dann keilförmig nach außen zu wachsen, so daß ein Kreissektor wie ausgeschnitten davon befallen wird. Die schließliche Größe der Kultur ist eine sehr beträchtliche und erreicht in vier Wochen einen Durchmesser von 8 cm.

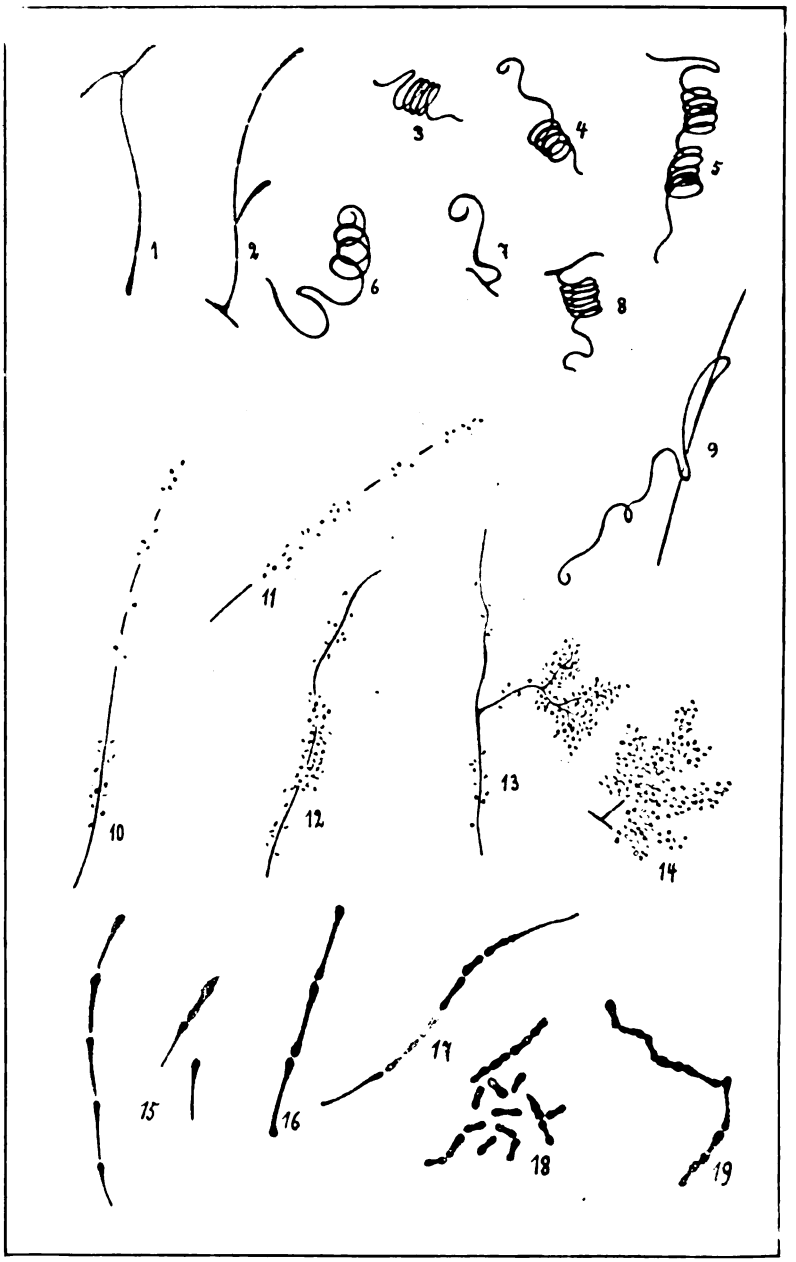
Sehr verschieden davon ist das Wachstum auf reinem Peptonagar. Hier bildet sich auf schrägen Röhrchen ein buckliger schildartiger Kreis, dessen unregelmäßig zerklüftetes Zentrum eingesunken ist; von ihm gehen ebenfalls radiäre, aber geradlinige Faltungen aus, die jedoch lange nicht so zahlreich und viel weicher sind. Die Farbe ist mehr eine rein weißliche (Tafel 11, Fig. 5). In Petrischalen wachsen auch auf diesem Nährboden die Kulturen zu großen Kreisen aus (in drei Wochen über 4 cm) (Tafel 11, Fig. 6).

Die rein pleomorphe Kultur stellt sich als schneeweißer, leicht gewellter Kreis dar, der nichts Charakteristisches an sich hat.

Wir sehen also, daß die primären Kulturformen dieses neuen Pilzes recht erheblich von der Asteroidesform abweichen; sie ähneln eher, soweit ich dies wenigstens nach den mir vorliegenden Abbildungen sagen kann, dem von Sabouraud 1910 zuerst beschriebenen Tr. lacticolor. Da mir aber sehr bald erhebliche Differenzen in der Bildung der Fruktifikationsorgane zwischen dem letzteren und meinem Stamm auffielen, wandte

Digitized by Google

ich mich an Herrn Dr. SABOURAUD mit der Bitte, die Prüfung des Stammes zu übernehmen. Derselbe stimmte mit meiner Auffassung



Fruktifikationsformen des Trichophyton radioplicatum. (Vergrößerung etwa 250.)

Digitized by Google

überein, daß es sich um einen neuen Vertreter der Gypseumgruppe handelte.

Die Sporulationsvorgänge in Kulturen im hängenden Tropfen verweisen den vorliegenden Pilz mit Sicherheit in die Gruppe der Gypsea. Das Zentrum wird bereits nach achttägigem Wachstum aus dichten Sporenhaufen gebildet, welche ein Studium von Einzelheiten fast unmöglich machen; doch kann man erkennen, daß die einzelnen Elemente von verschiedener Größe sind, rundlich und lang gestreckt. Die noch vorhandenen Myzelfäden haben begonnen, sich zu septieren und sich in Chlamydosporenketten umgewandelt. Ihre Einzelglieder sind teils rundlich, oval, teils langgestreckt oder auch hantel- und keulenförmig (Nr. 15—19 der Abbildung.). Ein Vorstadium dazu bilden weiter peripher liegende Myzelien, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit der Keulenform = Rakettform (Nr. 15 der Abbildung) haben, wie sie besonders den Mikrosporons zukommt. Zwischen ihnen finden sich verstreut zahlreiche kleinere Sporenhaufen. Die mehr peripher liegenden, noch fadenförmigen Myzelien tragen Ektosporen in Ähren- und Traubenform (No. 10—14 der Abbildung). An einzelnen Stellen der Kultur sind sie an ihren Enden in großer Zahl zu Spiralen[1]) aufgewickelt (Nr. 3—9 der Abbildung). Endständige Chlamydosporen, die sogenannten Fuseaux multiloculaires[2]), habe ich dagegen nicht nachweisen können, sondern nur die auch bei anderen Trichophyten auftretenden, spindelförmig verdickten Myzelenden (Nr. 1 und 2 der Abbildung). Trotzdem möchte ich kein abschließendes Urteil darüber geben, ob dieselben diesem neuen Vertreter ganz fehlen, da ich aus äußeren Gründen diese Untersuchungen erst ausführen konnte, als der Pilz bereits mehrere Monate auf künstlichem Nährboden fortgezüchtet war. Es wäre ja möglich, daß hierdurch Änderungen in den Fruktifikationsorganen bedingt sind. Die pleomorphe Form entwickelt lange, dünne, sterile Myzelfäden, nur vereinzelte tragen spärliche Ektosporen. Spiralenbildungen wie beim Tr. farinulentum fehlen.

---

[1]) Da Sabouraud diese Bildungen als allein der vorliegenden Gruppe zugehörig in Anspruch nimmt, will ich auf einen Befund hinweisen, den ich in einer drei Wochen alten Tropfenkultur eines typischen Trichophyton cerebriforme-Stamms erhoben habe. Dort fanden sich an einer Stelle deutliche spiralige Gebilde, die durchaus mit den hier auftretenden identisch waren (die Kultur war nicht im Begriff auszutrocknen!). Es muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, ob diese Form beim Tr cerebriforme häufiger vorkommt.

[2]) Ein 1908 von Bloch beschriebener Gypseumstamm, der makroskopisch dem Tr. gypseum asteroides ähnelte, bildete ebenfalls keine Fus. multilocul., Bloch identifizierte ihn daher nicht direkt mit dem Tr. pyogène du cheval. Es ist allerdings fraglich, ob man solche Unterschiede zur Artbestimmung verwenden kann. Diese Organe fehlen auch manchen Mäusefavusstämmen. Zu meinem Stamm hat er sonst aber keine Beziehungen.

Digitized by Google

Auch dieser Pilz zeigt sich für Meerschweinchen pathogen. Nach einer kurzen Inkubinationszeit entwickelt sich an der Impfstelle eine entzündliche Infiltration, die am Ende der ersten Woche zu einer dicken, harten, in der Haut liegenden Platte auswächst. Die anfangs isolierten pilzhaltigen Schuppen verkleben infolge der Eksudation zu einer rötlichen Borke; auch die Haare werden von der Infektion befallen und erweisen sich als intra- und extrapilar mit dichten Sporenhaufen und septierten Myzelien durchsetzt. Von ihnen aus gelingt leicht eine Rekultivierung auf künstlichen Nährböden. Der gesetzte Impfeffekt unterliegt einer Spontanheilung, die am Ende der dritten Woche abgeschlossen ist.

Erklärung der Abbildungen.

Die Abbildungen der Kulturen auf Tafel 11 sind nach Photogrammen reproduziert. Das Trichophyton griseum ist auf Fig. 1 u. 2 in 14tägiger und 28tägiger Kultur auf Maltosepeptonagar dargestellt; bei der letzteren ist bereits Pleomorphie eingetreten. Fig. 3—6 stammen vom Trichophyton radioplicatum, und zwar ist Fig. 3 eine 14tägige Plattenkultur, Fig. 4 eine 18tägige Erlenmeyerkolbenkultur, bei ihr beginnt die Pleomorphie im Zentrum, Nährboden: Maltosepeptonagar. Die Wachstumsdifferenzen auf reinem Peptonagar ergeben sich aus der 16tägigen Röhrchenkultur in Fig. 5 und der 20tägigen Plattenkultur in Fig. 6.

XI. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Wien, 19. und 20. September 1913.

Bericht von

Prof. Dr. G. Nobl, Wien.

Fast 21 Jahre sind verstrichen, seitdem die Wiener Krankenanstalten zum letztenmal eine dermatologische Fachvereinigung in ihren Räumen begrüßen durften. Es war dies der zweite internationale Dermatologenkongreß, der in den ersten Septembertagen des Jahres 1892 unter der Präsidentschaft Kaposis, nach der gründenden Versammlung in Paris, in unserer Metropole tagte. Der staatliche, von Prof. Riehl redigierte Verhandlungsbericht bezeugt die achtunggebietende Arbeitsleistung, welche damals in dem Rahmen weniger gutgeleiteter Sitzungen aufgebracht werden konnte.

In gewissenhafter Befolgung der ausgegebenen Parole: den Schwerpunkt des Kongresses auf die Demonstration des immer noch als unvergleichlich anerkannten Krankenmaterials zu verlegen und nur besonders bemerkenswerte Fälle zur Diskussion zu stellen, ist es möglich geworden, der zum erstenmal in Wien tagenden deutschen dermatologischen Gesellschaft, in der dürftigen Frist von nur anderthalb Tagen, zumeist in übersichtlicher Gruppierung, mehrere hundert Kranke vorzustellen. Daß hierbei wiederholt der schmeichelhafte Vorwurf vernehmbar wurde, durch die Fülle des Gebotenen in der Aufnahmsfähigkeit beeinträchtigt zu werden, war nur zu begreiflich; aber die Herren Klageführenden hätten sich eben rechtzeitig gegen die unglückselige, erfreulicherweise schon wieder in die Brüche gegangene Zwangsehe mit der Naturforscher-Versammlung wehren müssen.

Digitized by Google

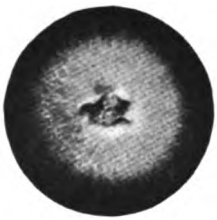


Fig. 1.

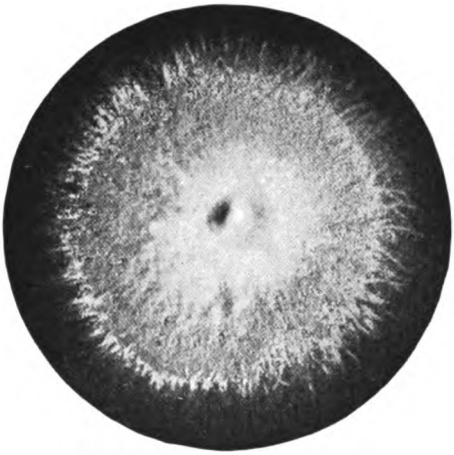


Fig. 2.

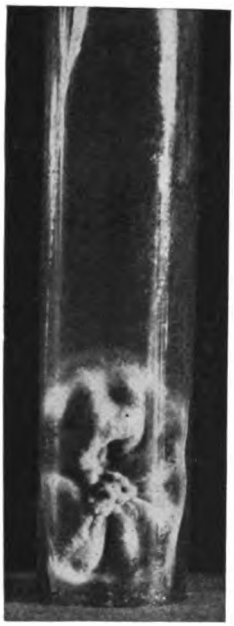


Fig. 5.

Fig. 3.

Fig. 6.

Fig. 4.

Digitized by Google

Digitized by Google

Das einzige auf der Tagesordnung stehende Thema, „Tuberkulide", fand in Jadassohn und Ehrmann vorzügliche Interpreten. In neuerlicher Betonung seines wiederholt präzisierten Standpunktes, liefert Jadassohn in klaren Umrissen eine Skizze über die allgemeine Pathologie der Tuberkulide. Jadassohn vertritt die bis heute nicht restlos belegte Auffassung, daß die Tuberkulide von den echten Bazillosen nicht prinzipiell zu sondern seien. In der Besprechung werden alle Momente geltend gemacht, welche die Unhaltbarkeit der inveterierten Toxinhypothese darlegen. Die den Tuberkuliden zukommenden Merkmale, wie auffallende Gutartigkeit, Neigung zu Dissemination und Symmetrie, Vorkommen wesentlich bei anämischen, mit präexistierender chronischer Tuberkulose behafteten Individuen, relativ häufiges Fehlen des kennzeichnenden tuberkulösen Gewebsbaues und des Bazillenbefundes, atypisches Verhalten gegen Tuberkulin, sind insgesamt Momente, die gelegentlich auch für die „echten" Tuberkulosen zutreffen. Das Verhältnis beider Gruppen der kutanen Tuberkulose wäre gleichzustellen den Beziehungen der sekundären zur tertiären Lues bzw. der tuberösen zur makulösen Lepra. Den eigentlichen Tuberkuliden nicht zuzuzählen wäre eine Reihe von Dermatosen, welche wohl mit Tuberkulose anderer Organe in ursächlichem Zusammenhang stehen (Addison, Zoster), jedoch nicht auf die unmittelbare Einwirkung der Bazillen am Locus morbi zu beziehen sind. Hierher zu rechnen wären auch die skrofulösen Formen, vermutlich als Folgen nichtspezifischer Empfindlichkeit tuberkulöser Individuen gegen banale Reize.

Methodologische Fortschritte (Antiformin, Much'sche Granulafärbung) haben auf diesem Gebiete keine sicheren Erfolge geliefert. Säurefeste Bazillen in Schnitten haben für die Beweisführung größeren Wert. Nebst den Tierversuchen wären mikroskopische Untersuchungen makroskopisch normaler Organe und Serienimpfungen mehr heranzuziehen. Einzelne positive Resultate sind nicht unbedingt beweisend (Bazillenbefunde im Blut können zu Irrtümern führen). Die Tuberkulin-Kutan-Reaktionen geben einen für die Tuberkulide wichtigen Maßstab der Hauttuberkulin-Empfindlichkeit der Individuen.

Die sogenannte Lokalreaktion spricht für die tuberkulöse Natur einer Dermatose (lichenoide und lupoide Syphilide ausgenommen). Tuberkulinunempfindlichkeit kann nicht prinzipiell gegen Tuberkulose verwertet werden. Bloch hat die Überempfindlichkeit der Haut gegen Lupus erythematodes-Extrakt bei den gleichen Individuen wie gegen Tuberkulin, für die tuberkulöse Natur jener Krankheit verwertet.

Anatomisch sind weder positive noch negative Befunde beweisend. Bazillenhaltiges Gewebe kann neben der sogenannten typisch tuberkulösen Struktur, banal entzündetes Gewebe mit und ohne Nekrose oder auch ganz „nackte" Tuberkel enthalten; alle diese Verhältnisse treffen auch für die Tuberkulide zu.

Klinische und statistische Methoden haben keine wirklich beweisende Kraft. Man darf nicht für die ätiologische Einheitlichkeit klinisch und gewebsich identischer Erkrankungen auf Grund einiger positiver Befunde eintreten (z. B. ursächlich verschiedene Zosteren, Bazins Knotenerythem).

Jadassohn unterscheidet rein provisorisch drei Gruppen der Tuberkulide: 1. in ihrer bazillären Natur heute bereits unbestrittene Arten: Lichen scrofulosorum, papulo-nekrotische Tuberkulide, Lupus miliaris disseminatus faciei, 2. solche, die zum Teil in ihrer Zugehörigkeit nicht völlig klargelegt sind: Erythema induratum, Lupoide resp. Sarkoide (Boeck und Darier), generalisierte squamöse Erythrodermien (Typus: Pityriasis rubra Hebrae), Ecthyma terebrans; hierher können vielleicht auch jetzt schon Lupus pernio und Lupus erythematodes gestellt werden,

Digitized by Google

3. Krankheiten, bei denen die Tuberkulidnatur noch nicht genügend gestützt ist oder bei denen der Zusammenhang mit der Tuberkulose anders als im Sinne einer bazillären Hautinvasion zu deuten ist. In dieser Subdivision stehen sehr zahlreiche Affektionen: Pernionen, Angiokeratome, Parapsoriasis en gouttes, Pityriasis rubra pilaris, Lichen nitidus, Atrophia maculosa cutis, Erytheme (besonders E. nodosum), Granuloma annulare, Pigmentierungen, Alopezien usw.

Für die Beurteilung der Pathogenese (lokalbazilläre Natur, die Keime wesentlich durch in loco gebildete Toxine resp. Endotoxine wirkend oder durch mittelbar [Nervensystem!] auf die Haut reagierende Giftstoffe) ist das im erweiterten Sinne brauchbare Tatsachenmaterial bei verschiedenen Formen in den letzten Jahren größer geworden; vor allem hat die Allergielehre uns ein tieferes Verständnis auch bei diesen Krankheiten ermöglicht. Mikroskopische und tierexperimentelle Bazillenbefunde bei Lichen scrofulosorum, Erythema induratum, Lupus erythematodes, die tuberkulidähnliche Beschaffenheit mancher Kutanreaktionen, die Häufigkeit tuberkulöser Struktur der Tuberkulide, die Übergänge dieser in die eigentlichen Tuberkulosen, das Abheilen einzelner Hauteruptionen nach Entfernung tuberkulöser Drüsen, gleich anderen Momenten, die in der Diskussion über die Natur der Tuberkulide angeführt worden sind, werden im Sinne der bazillären Hypothese, oder sind auch durch sie zu erklären, wie bei der Lues, der Lepra und wie bei den sogenannten toxischen Tuberkulosen anderer Organe (z. B. Iritis und Poncetschem Rheumatismus, die nicht selten mit den Tuberkuliden zusammen vorkommen). So hat sich auch hier die Annahme der unmittelbaren Einwirkung der Erreger als die fruchtbarste erwiesen.

Die Tuberkulide kommen in der überwiegenden Mehrzahl unzweifelhaft hämatogen zustande; lymphogener und exogener Ursprung sind nicht prinzipiell zu leugnen (Lichen scrofulosorum planus um einen Schweißdrüsenausführungsgang in der Umgebung eines Lup. vulg. mit positiven Tierversuchen).

Für die Erklärung der Differenzen zwischen den Tuberkuliden und den speziell hämatogenen klassischen Tuberkulosen kommen jetzt die neueren Anschauungen über die Allergie in Frage (Wolff-Eisner, Zieler, Gougerot, Lewandowsky). Man hat die Tuberkulide geradezu als Tuberkulinreaktionen auf bazilläre Embolien bezeichnet. Tierexperimentelle Befunde sprechen für eine solche Anschauung. Die kutanen Tuberkulinreaktionen der oft besonders stark allergischen Tuberkulidträger entsprechen oft den spontan entstandenen Eruptionen. Lungentuberkulöse haben wenig Tuberkulide und oft geringe Hautempfindlichkeit. Durch Entzündungserscheinungen wären die verschiedenen Phänomene im Verlauf der Lues, die zum Teil tuberkulidähnlichen Produkte der Lepra, am besten zu verstehen. Analogien gibt es auch bei der Trichophytie (Lichen trichophyticus Jadassohni), und auch hier sind die Veränderungen am einfachsten durch allergische Intensitätserscheinungen zu erklären. Durch diese Anschauung werden die Bazillenarmut oder -freiheit, die Tendenz zu spontaner Heilung, die Differenzen in der histologischen Struktur verständlich. Differenzen in der Virulenz der Bazillen brauchen nicht mehr angenommen zu werden. Es kann sich keineswegs, wie man meist gemeint hat, um eine spezifische Überempfindlichkeit, es muß sich vielmehr, im Sinne v. Pirquets, überhaupt um spezifisch veränderte Reaktionsfähigkeit handeln. Gerade bei den langsam verlaufenden Tuberkuliden muß das eine besondere Rolle spielen. Wenn, wie bei chronischen Infektionsprozessen, die allergische Reaktion so oft insuffizient zur vollständigen Abtötung der Mikroben ist, so erfolgt nach den Anschauungen Jadassohns die Einstellung der Gewebsreaktionen und Mikro-

Digitized by Google

benzahl nach Allergisierungsgrad und -art in verschiedener, für die bestimmte Krankheitsform charakteristischen Weise.

Die Tuberkulide sind nicht einfach als Überempfindlichkeitsreaktionen zu bezeichnen, weil manche Tuberkulide wie manche Tuberkulosen tuberkulinrefraktär sind und selbst noch auftreten können, wenn die Patienten auf hohe Tuberkulindosen nicht mehr reagieren. Lokale und allgemeine Tuberkulinempfindlichkeit sind bei den Tuberkuliden sehr verschieden. Ja es gibt einzelne hierher gerechnete Dermatosen, wie die Lupoide, den Lupus pernio und L. erythematodes, welche teils lokal, teils allgemein und lokal auffallend unempfindlich sind. Speziell bei den Lupoiden hat JADASSOHN Tuberkulinunempfindlichkeit bei anscheinend fehlender und bei schwerer Tuberkulose beobachtet; er denkt auch auf Grund des literarischen Materials an die Möglichkeit, daß das von banaler Entzündung auffallend freie Wesen dieser Krankheit, wie auch des Lupus pernio, gerade mit der Tuberkulinunempfindlichkeit in Beziehung steht. Es gibt andererseits auch bazillenreiche banal entzündliche Dermatosen bei schwerer Tuberkulose und Abheilung des Lupus im letzten Stadium der Phthise. Stellt sich der L. erythematosus immer mehr als Tuberkulid heraus, so müssen bei ihm noch andere absonderliche Entstehungsbedingungen angenommen werden.

Bei dieser Auffassung müssen Tuberkulide und Tuberkulosen in Kombinationen und Übergängen vorkommen, je nach den allgemeinen und lokalen Invasions- und Reaktionsbedingungen. Warum unter anscheinend gleichen Bedingungen so oft Tuberkulide ausbleiben, wissen wir nicht; nicht bloß die Lokalinfektion, sondern auch die allergischen Erscheinungen entwickeln sich sehr verschieden, je nach der Individualität und nach äußern nicht spezifischen Einwirkungen. Auch die hämatogene Invasion der Haut ist von verschiedenen, die Mobilisierung der Bazillen und die spezielle Hautbeschaffenheit betreffenden Umständen abhängig (Unterdrückung der Antikörperbildung, periphere Asphyxie: Erleichterung des Haftenbleibens des Virus, dabei benignere Entwicklung der Reaktionsprodukte unter der Einwirkung der Stauung; die Bedeutung der Venen für die Infektionen auf dem Blutwege gegenüber den Kapillaren wird im allgemeinen überschätzt, für manche Tuberkulide wichtig). Latenter Lichen scrofulosorum kann bei Änderung des Allgemeinzustandes wieder auftreten — auch ohne neue Infektion — in Analogie mit HAMBURGERS tuberkulöser Exazerbation bei superinfizierten Tieren. Die Verschiedenheit der Tuberkulide unter sich beruht auf Haut-, Alters-, Zirkulations-, Reaktions-, Lokalisations-, familiären und Rassendifferenzen.

Schließlich macht JADASSOHN in bezug auf einzelne Tuberkulide auf die häufige Lokalisation des Lich. scrof. um Schweißdrüsenausführungsgänge, auf die Seltenheit gruppierter großknotiger Formen der papulösen Tuberkulide, der Akniti den und der Repräsentanten des BAZINschen Erythems, der Lupoide sowie des Lupus pernio u. a. aufmerksam. Die letzteren Erscheinungsformen dürften gleich dem Lup. erythem. möglicherweise neben tuberkulösen Läsionen auch solche mit anderer Ätiologie einschließen. Bei Parapsoriasis, Angiokeratom, Pernio, scheint die tuberkulöse Ätiologie nur auf Grund von zu weit gefaßter klinischer Diagnose behauptet worden zu sein.

Bei Pityriasis rubra pilaris, Lichen nitidus usw. fehlen vorerst noch ausreichende Anhaltspunkte. Atrophische Flecke, Pigmentationen, Alopezien haben eine mannigfaltige Ätiologie und Pathogenese. Erweiterten Studiums bedürfen die Beziehungen der Erytheme, unter diesen wieder besonders die der nodösen Gruppen, zur Tuberkulose.

In bezug auf die spezielle wie auch die allgemeine Pathogenese bleibt bei den

Digitized by Google

Tuberkuliden sicherlich noch viel zu tun übrig. Die von JADASSOHN so lichtvoll festgehaltene allgemeine pathologische Auffassung gibt aber auch eine einigermaßen sichere Basis für die weitere Forschung.

EHRMANN fiel die Aufgabe zu, der klinischen Erscheinungsweise der Tuberkulide und ihrer Übergangsformen, wie auch deren Zwischengliedern gerecht zu werden. Nach einem kurzen Hinweis auf die Teilnahme der Wiener Schule an der Aufklärung der Tuberkulide (EHRMANN, NOBL, VOLK, MUCHA, KYRLE, LIER, LEINER und SPILLER) geht Vortragender auf die nähere Schilderung der einzelnen Tuberkulidformen über. Der schon von HEBRA zur Tuberkulose gerechnete Lichen scrofulosorum wäre als hämatogene Tuberkulose, vielleicht abgeschwächter Natur, aufzufassen (Tuberkulinreaktion, Bazillennachweis). Zwischen dem Lichen scrofulosorum und den erythematösen Tuberkulosen bzw. Tuberkuliden (Erythrodermien BRUNSGAARD) gibt es direkte Übergänge in jene Formen, wo der Lichen scrofulosorum unter einer diffusen Schuppung förmlich versteckt ist und erst nach Tuberkulininjektion oder später auch spontan nach solcher hervortritt. Auch jene Formen, bei welchen der Lichen scrofulosorum in schuppender Art serpiginös sich ausbreitet und gleichzeitig im Zentrum schwindet, stellen Übergänge zwischen den diffusen und lichenoiden Varianten dar. Die Vorführung einer Reihe instruktiver Krankheitsbilder an Patienten, Moulagen und Aquarellen ergänzt die Besprechung der Läsionstype (Lichen scrofulosorum verrucosus, Übergangsstufen vom Lichen scrofulosorum zum Lupus erythematosus, Lichen scrofulosorum mit diffuser Sklerodermie). In naher Grenzbeziehung zum Lichen scrofulosorum stehe das akneiforme Tuberkulid. Die Lokalisation der Knötchenschübe an den Streckflächen der Hände und Arme dient längst nicht mehr als Charakteristik der Erkrankung.

WERTHER und PETRINI verfügen über Beobachtungen, welche die disperse Verteilung der Effloreszenzen über den ganzen Körper, vorzüglich in der Lendengegend und an den Schenkeln, beweisen. Bezüglich der Struktur gilt, daß die klinisch-typisch akneiformen Tuberkulide Knötchen von Epitheloid- und Riesenzellen an den Gefäßen zeigen können. Ob die positiven Impfversuche (SPILLER-LEINER und LIER) bei Verimpfung solcher Blüten resultieren, ist schwer zu sagen. Kutane Impfung mit Alttuberkulin provoziert den Standardeffloreszenzen gleiche Reaktionen. Das akneiforme Tuberkulid zeigt Übergänge nach zweierlei Richtungen, einmal in die flächenhaften Formen des Lupus erythematosus und andererseits in die tiefgreifenden und tiefsitzenden subkutanen Tuberkulidarten der Akne BARTHÉLEMY und das Erythema induratum BAZIN. Das simultane Auftreten akneiformer Tuberkulide mit flächenhaften, dem Lupus erythematosus entsprechenden Formen hat HUTCHINSON bereits beobachtet. Über ähnliche Beobachtungen verfügen RONA, JADASSOHN, KYRLE, LITTLE, MAC LEOD, POLLAND, HIDACHI, STRASSER, ULLMANN, WHILE. Schlechte Zirkulationsverhältnisse prädestinieren das Gesicht und die Extremitätenenden zu dem Auftreten des Chilblain-Lupus. Die zugehörigen Formen haben in der Regel nicht den typischen tuberkulösen Bau, zeigen keine Tuberkelknötchen, sondern Infiltrationsmäntel von Rundzellen um die Gefäße und eine auffallende Hyperkeratose. Erythema induratum, kutanes Tuberkulid, Lupus pernio (BESNIER, TENNESON), benignes Lupoid, treffen häufig mit den oberflächlichen akneiformen Tuberkuliden zusammen. Die tiefsitzenden Knoten, vom Charakter des BAZINschen Erythems, können der Tuberkelstruktur völlig entraten. Endarteritis, Endophlebitis und Fettnekrose geben die gewebliche Grundlage der Bildungen ab.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Sitzung des Lupusausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Berlin, am 27. Oktober 1913.

Bericht von

Dr. LAUTSCH, Graudenz.

1. JADASSOHN-Bern: Die ektogene und endogene Entstehung des Lupus. Als ektogene Lupusfälle werden diejenigen angesehen, bei denen eine Inokulation von Tuberkelbazillen in die Haut oder Schleimhaut erfolgt. Autoinokulation in die Haut von Tuberkulösen ist nur dann unter die Gruppe zu rechnen, wenn metastatische Entstehung auszuschließen, dagegen offene Tuberkulose nachzuweisen ist. Nasenlupus ist in den meisten Fällen hierher zu nehmen, besonders wenn er von einem Nasenschleimhautlupus ausgegangen ist, der immer als ektogen angesehen werden kann.

Endogen entsteht Lupus entweder per contiguitatem (von Knochen- und Lymphdrüsenherden) oder metastatisch, und zwar lymphogen oder hämatogen. Es gibt aber auch bei Tuberkulösen eine Superinfektion, die dann als ektogen entstanden anzusehen ist. Außerdem gibt es eine Menge dubiöser Fälle, bei denen die Ätiologie nicht klar ist.

Unter 300 Fällen fand JADASSOHN Lupus in Zusammenhang mit Knochen- oder Lymphdrüsenherden 15mal, ohne Zusammenhang mit Knochen-Nasenschleimhaut- oder Lymphdrüsenherden 43mal, in Zusammenhang mit Nasenschleimhautherden 41mal, sicher hämatogen entstanden 9mal. Auch von den dubiösen Fällen kann man einen sehr großen Teil als ektogen entstanden ansehen.

GERBER ist der Ansicht, daß der zentrale Gesichtslupus wohl immer von der Nasenschleimhaut ausgehe. In 50% Lupusfällen hat man Nasenschleimhaut-Erkrankungen festgestellt. Es wäre zweckmäßig, auf Nasenvorhof und -eingang zu Propagandazwecken als Lieblingssitz des beginnenden Lupus öffentlich hinzuweisen.

STRAUSS hält ektogene Entstehung für die seltenere Form, nimmt nur 13% an.

WICHMANN hält endogene Entstehung des Lupus für die häufigste Form, wobei er aber die aus dem Nasenschleimhautlupus hervorgegangenen Lupusfälle der Nase auch als endogen entstandene auffaßt. Wichtig wären daher regelmäßige Untersuchungen in frühzeitigem Kindesalter, wobei in Hamburg viel Lupusfälle entdeckt wurden.

ORTH möchte exogene Infektion als die Regel hinstellen, wie bei der Lungentuberkulose. Die bovinen Tuberkelbazillen sind dabei häufiger, als man annimmt, und kommen besonders für Superinfektion in Betracht.

BLASCHKO zeigt an einem Fall, daß die Formen des Lupus sowohl bei exogener wie endogener Infektion völlig gleich sein können.

NEISSER macht auf ausgedehnte Anwendung des Tuberkulins aufmerksam zur frühzeitigen Erkennung der spezifischen Natur von Nasenkatarrhen.

Bovine Bazillen als Ursache des Lupus hat HOFFMANN-Bonn noch nie gesehen, hält aber weitere Untersuchungen für notwendig.

2. LAUTSCH-Graudenz: Wirkung von Radium und Mesothorium bei lokaler Anwendung in der Lupusbehandlung. Der Lupusheilanstalt zu Graudenz waren durch die Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur

Digitized by Google

Bekämpfung der Tuberkulose zu Versuchszwecken 5 mg Radiumbromid und 2 Dosen a 10 mg Mesothorium zur Verfügung gestellt werden. Deutliche Unterschiede wurden in der Wirkung beider Präparate nicht festgestellt, was vielleicht an den geringen zur Verfügung stehenden Mengen lag. Nur schien zuweilen die Radiumreaktion länger zur Abheilung zu brauchen wie eine ähnliche durch Mesothorium erzeugte Reaktion.

Die Bestrahlungszeiten schwankten zwischen 20—60 Minuten bei Mesothorium, ½—3 Stunden bei Radium. Als Filter wurden benutzt Papier, Gummi, Aluminium, 0,2—2 mm stark. Stärkere Filtrierungen sind erst in letzter Zeit begonnen, die Versuche noch nicht abgeschlossen.

Die Latenzzeit, die sich umgekehrt proportional zu der Bestrahlungszeit verhält, war bei beiden Präparaten gleich. Ein Früherythem wurde fast regelmäßig beobachtet, das bei Mesothorium häufig mit Ödem verbunden war und in 24 Stunden abklang.

Folgende Wirkungen wurden festgestellt: Einzelne Lupusknötchen gelingt es mit ein- bis dreimaliger Bestrahlung zum Verschwinden zu bringen. Narbige Einsenkungen der Haut sind dabei oft nicht zu vermeiden. Auch bereits verkäste Knötchen, die zu kleinen Ulzerationen geführt haben, werden zur Heilung gebracht. Sehr gut reagiert der Lupus tumidus, unter diesen ist besonders die lupöse Erkrankung der Ohrmuschel zu erwähnen, die sonst sehr unsicher und auf nur schmerzhafte Weise anzugreifen ist.

Wesentlich ist auch dabei die Vereinfachung und Verbilligung des Heilverfahrens, das ganz ambulant in größeren Zwischenräumen durchgeführt werden kann.

Die ulzerösen Lupusformen blieben bei größerer Ausdehnung der Pyrogallus- und Röntgenbehandlung vorbehalten, wurden aber bei verstecktem Sitz und bei größerer Zahl kleiner Herde durch Radium und Mesothorium sicher zur Heilung gebracht. Sehr wohltuend für die Kranken ist die schmerzstillende Wirkung der Bestrahlungen, die sich namentlich bei den Schleimhauterkrankungen bemerkbar macht.

Die wichtigste Indikation für Behandlung mit Radium und Mesothorium gibt der Schleimhautlupus ab. Mit Hilfe einfachster Apparate oder der sehr zweckmäßigen WICHMANNschen Apparatur gelingt die Bestrahlung auch der sonst sehr schwer zugänglichen Stellen der Nase, des harten und weichen Gaumens, der Zunge, der Tonsillen und des Rachens. So wurden eine Anzahl Erkrankungen des harten Gaumens, zwei schwere Fälle von Zungenlupus, ein Lupusherd in einer Tonsille einer an der Rachenwand, zahlreiche des Zahnfleisches und der Nasenschleimhaut bestrahlt und größtenteils geheilt. Um von Dauererfolgen zu sprechen, ist die Beobachtungszeit von ½—1 Jahr noch zu kurz. Rezidive kommen besonders dann vor, wenn der Bestrahlungskreis zu klein gewählt war.

Auch die Conjunctiva läßt sich am oberen und unteren Lid mit gutem Erfolg gut bestrahlen; Vorsicht ist nur geboten, daß der Bulbus nicht mit bestrahlt wird, da das Anlaß zu oft länger dauernden Ciliarinjektion geben kann. Der Vorfall pflegt allerdings ohne Schaden zu bleiben. Im ganzen sind die radioaktiven Substanzen als wertvolle Ergänzung unserer Lupusheilmethoden anzusehen, die für Schleimhautlupus und gewisse Formen des Ohrmuschellupus durch andere Methoden kaum ersetzt werden können.

3. JACOBI-Freiburg: Behandlung des Lupus mit Diathermie. Die Diathermie kann Lupus heilen. Sie verhindert Keimverschleppung und kann Dauerresultate erzielen durch die Möglichkeit, beliebige Tiefenwirkung zu erreichen. Mängel sind Fehlen der elektiven Wirkung, weniger schöne Narben wie nach Finsen-

Digitized by Google

behandlung, schwierige Technik. Schleimhautbehandlung erzielt sehr gute Resultate und verhindert die Gefahren blutiger Nasenoperationen. Die kosmetischen Resultate im Gesicht sind immer genügend, besonders bei Verhinderung zu schneller Epithelisierung. Narkose ist notwendig, bei größeren Flächen sind mehrere Sitzungen notwendig. Sonst unheilbare Fälle lassen sich durch Diathermie noch wesentlich bessern oder heilen. Am Körper ist dies Verfahren Methode der Wahl.

4. Gräfin Linden-Bonn berichtet über ihre Tierexperimente zur Chemotherapie mit Kupfer- und Methylenblaupräparaten, wie sie in Rom und Münster bereits vorgetragen sind.

Im Anschluß daran Demonstration von Bildern und Patienten durch Strauss-Barmen, die die Wirkung von Kupfer- und Methylenblaupräparaten auf Lupus zeigen bei lokaler Anwendung.

5. Über Chemotherapie mit Goldpräparaten und Borcholin spricht Bruck-Breslau.

Durch Injektion von Aurocyan in wässeriger 1%iger Lösung wurden namentlich zusammen mit Tuberkulin, das gewissermaßen als Leitschiene zum Heranbringen des Metalls an die tuberkulösen Herde gebraucht wurde, deutliche Heileffekte konstatiert, wenn auch keine Heilung.

Ähnlich wirkte auch Borcholin günstig. Damit ist die Grundlage geschaffen, auch die Tuberkulose chemotherapeutisch anzugreifen.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft zu Rio de Janeiro.

Sitzung vom 28. Juli 1913. Präsident: Adolf Lutz.

Mikrosporie: Zopyro stellt ein fünfjähriges Mädchen vor, das seit einem Monat stellenweise Haarausfall in der Hinterhauptsgegend zeigt. Dabei erwähnt er einen anderen Fall derselben Affektion; in beiden wurde das **Mikrosporon lanosum** in Kulturen auf Nährboden nach Sabouraud festgestellt.

Diskussion: Terra beleuchtet die Frage bezüglich der geringen Häufigkeit der Mikrosporien und nimmt bezug auf einen Fall an einem achtjährigen Knaben mit haarlosen Stellen am Kopfe, bedeckt mit Schuppen, wobei ebenfalls das Mikrosporon lanosum vorgefunden wurde.

Eduardo Rabello referiert über einen Fall von Tinea der Kopfhaut bei einem fünfjährigen Mädchen, wobei das gleiche Mikrosporon isoliert wurde. Er will die Kranke mit Röntgenstrahlen behandeln. Der Referent behauptet, daß die Tineae der Kopfhaut in Rio nicht sehr zahlreich sind im Gegensatz zu den ziemlich allgemein verbreiteten Trichophytien der Haut, hauptsächlich dem Ekzema marginatum, in welchem der Epidermophyton Sabouraud, der Trichophyton purpureum und das Gypseum radiolatum isoliert wurden. Er beobachtete, daß das Epidermophyton in den Interdigitalfalten der Hände und der Füße lokalisiert war.

Paulo Horta erwähnt die Beobachtung einer Dermatose bei Rindern, die das klinische Bild der **Bursatee-leeche** zeigte. Er konnte bis heute noch zu keinem definitiven Schluß kommen, glaubt jedoch, daß der in diesen Fällen isolierte Parasit unter den Gruppen des Trichophytons oder Mikrosporons zu suchen sei.

Leishmaniosis tegumentaria. Rabello stellt einen Kranken vor, der seit fünf Monaten an zahlreichen Hautgeschwüren leidet. Die obige klinische Diagnose wurde

Digitized by Google

gesichert durch die große Anzahl der Hautveränderungen, durch das negative Resultat der Wassermannschen Reaktion und durch den Mißerfolg der Salvarsanbehandlung. Nachträglich konnte die Diagnose durch die Anwesenheit der **Leishmania tropica** bekräftigt werden.

J. Marinho zeigt einen Kranken mit Zerstörung des Subseptum nasale, ohne weitere Veränderungen der umliegenden Drüsen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose auf Leishmaniose.

Diskussion: Ad. Lutz, Vianna, Aragaõ und Marinho besprachen die Frage der Übertragung dieser Krankheit, wobei sie auf die wahrscheinliche Rolle der Phlebotomen hinwiesen, und bezüglich der Lokalisation in der Haut oder in den Schleimhäuten die Erforschung der Art des Eindringens des Keimes und seiner Ausbreitung in Betracht zogen.

Blastomykose. Werneck Machado beschreibt die Veränderung der Mundschleimhaut und der Haut eines ca. 50jährigen Kranken. Derselbe zeigt außerdem Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Submaxillardrüsen. Es besteht somit Verdacht auf Blastomykose. Die unmittelbare Prüfung des aus den Veränderungen entnommenen Probematerials bestätigte sofort die Anwesenheit von Blastomyzeteszellen.

Marinho führt einen Kranken vor, der mit gummösen und geschwürigen Veränderungen der Mundschleimhaut behaftet ist. Referent glaubt an die tuberkulose Natur der Erkrankung, und die von Dr. Vianna und Rohr gemachten Schnitte und Inokulationen scheinen diese Diagnose zu bestätigen.

Aragaõ berichtet über die Heilerfolge des Granuloma inguinale tropicum mit Tartarus emeticus, das er nunmehr in konzentrierter Lösung, und zwar in der Dosis von 0,1 g auf 10 oder 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung, anwendet.

Sitzung vom 29. August 1913. Präsident: Professor Terra.

Leishmaniosis tegumentaria. Rabello weist auf die Möglichkeit einer Verwechslung des Falles mit Syphilis hin. Der Kranke zeigt zirkuläre oberflächliche mit Borken bedeckte Geschwüre, die fast zu gleicher Zeit entstanden, nachdem vorerst ein einziges isoliert vielleicht als Eingangsstelle des Keimes aufgetreten war. Die Geschwüre wechseln ab mit zahlreichen von Schuppen bedeckten Papeln. Die mikroskopische Untersuchung stellte die Anwesenheit der Leishmania nicht nur in den Geschwüren fest, sondern auch in der fein granulierten geschwürigen Veränderung der Gaumenschleimhaut.

Leishmaniosis papillomatosa. Terra stellt einen Kranken mit Leishmaniosis cutanea vor ohne Veränderungen an den Schleimhäuten, die Geschwüre jedoch liefen einen papillomatösen Grund erscheinen mit auffallender Ähnlichkeit der tropikalen Framboësie, so daß die Diagnose erschwert wurde. Der Fall ist deshalb interessant, weil er eine seltene Form der Leishmaniosis cutanea darstellt; der Verfasser hatte bereits früher einen anderen Kranken mit den gleichen Veränderungen beobachtet.

Dermatitis herpetiformis Duhring. Rabello zeigt einen Neger aus dem Innern Brasiliens mit einem allgemein ausgebreiteten Erythema bullosum, das der Dermatitis herpetiformis vollkommen glich. Die Haut war in gewissen Bezirken bereits verhärtet und hatte ihre natürliche Verschiebbarkeit verloren. Das den bläschenförmigen Dermatosen eigene Nikolskische Symptom ist gut ausgeprägt. Der Referent will die autogene Vakzination nach Wright mit den isolierten Keimen versuchen.

Ulyses Paranhos berichtet über Fälle dieser Dermatitis in S. Paulo, bei welchen er die Blutuntersuchung vornahm und Eosinophilie festsellte. Wahrscheinlich herrscht die Erkrankung in bestimmten Zonen des Innern Brasiliens, hauptsächlich in den Staaten S. Paulo und Minas.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1913, Bd. 54, H. 5.

Alopecia areata und verwandte Krankheiten, von Celso Pellizzari. Allgemeine Bemerkungen über diese Erkrankungen. Pellizzari faßt die Alopecia areata nicht als umschriebene Krankheit auf, sondern als ein Symptom auf nervöser Basis und von je nach dem Fall wechselnder Ätiologie. Für die Therapie hebt er außer den üblichen physikalischen Behandlungsmethoden die guten Erfolge hervor, die er mit Hochfrequenzströmen hatte. Die mit der Area verwandten Krankheiten teilt er ein in solche, bei welchen von vornherein die Haut in allen ihren Lagen erkrankt und der Atrophie verfällt (akromatöse Pelade Bazin, Alopecia orbicularis Neumann, Pseudopelade Brocq, Alopecie pseudo-cicatricielle Besnier, Alopecia atrophicans Quinquaud, zikatrizielle Atrophie Crocker), und zweitens in solche, bei welchen lange Zeit nur die Anfänge der Haut (Haare usw.) ergriffen sind und die Haut erst später erkrankt (Seborrhoea annularis atrophicans Riehl, Ulerythema ophryogenes Taenzer, Folliculitis decalvans Quinquaud, Acne decalvans Lailler, Acné dépilante cicatricielle Besnier, Dermitis sycosiformis Ducrey und Stanziale, Folliculitis decalvans Balzer, zikatrizielle Perifollikulitis Hoffmann).

Physiologie und Pathologie der Haut bei der Cholerainfektion, von P. Sabella. Die Hauptformen, unter welchen die Haut bei der Cholera erkranken kann, sind 1. der Pruritus, 2. das Erythem, 3. das papulöse Exanthem, 4. das pustulöse Exanthem, 5. Furunkel und Abszesse, 6. Hautgangrän, 7. Ikterus.

Über einen Fall von Darierschem subkutanem Hautsarkoid, von Aldo Marziani. Es handelte sich um einen 24jährigen Kranken, der mehrmals an Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Während des letzten Anfalles wurde er von einem urtikariellen, am ganzen Körper auftretenden Ausschlag befallen, welcher immer rezidivierte. Zugleich bildeten sich sehr schmerzhafte, unter der Haut gelegene Knötchen, 27 an der Zahl, die hauptsächlich am Nacken und an der Schläfengegend, in geringerer Anzahl an den Extremitäten saßen. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab eine Lymphozytenstruktur mit epitheloiden Zellen und zahlreichen Riesenzellen.

Ein Fall von Trichosporie, von Astolfo Paoli. Die Krankheit war am Schnurrbart lokalisiert und äußerte sich in einer Verdickung der Mitte des Haares. Mikroskopisch sah man, daß es sich teils um eine das Haar auf eine weite Strecke umgebende Scheide, teils um kurze Ringe und knötchenförmige Verdickungen handelte. Bei starker Vergrößerung zeigte sich diese Scheide aus Sporen gebildet. Filamente fanden sich direkt auf dem Haarschaft sitzend. Bei der Kultur wuchs ein Pilz, dessen Charaktere genau beschrieben werden.

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie und Pathogenese des Pemphigus chronicus, von Pasquale Longo und Antonino Speciale. Aus den Untersuchungen zweier Fälle, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, schließen die Verfasser, daß der Pemphigus foliaceus und vegetans nur zwei zufällige Modifikationen des wahren chronischen Pemphigus sind. Die Ätiologie desselben schreiben sie einem Diplokokkus zu, den sie ebenso wie in früher publizierten Fällen auch in diesen beiden nachweisen konnten.

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der Bakteriologie und Histopathologie der chronischen Urethritis, von VIRGINIO RAMAZOTTI. In allen Fällen von chronischer Urethritis kann man tiefe Veränderungen des Epithels nachweisen. Dieselben bestehen in Leukozyteninfiltration und degenerativen Prozessen des Epithels. Zugleich gehen mit diesen Veränderungen Hand in Hand subepitheliale Prozesse, die in alten Fällen zur Sklerosierung des Bindegewebes führen. A. Gunsett-Straßburg.

Clinica Dermosifilopatica della Ra. Università di Roma.

Oktober 1913. 31. Jahrgang, Nr. 2.

Tuberkulose, von CAMPANA. Eine pathologisch anatomische Studie über die Lungentuberkulose.

Gleichzeitige Hemiatrophie des Gesichts und der Gegenseite des Rückens, von GALIMBERTI.

Lepra, von L. LOLLINI. Beschreibung eines Falles von Lepra nodularis.

A. Gunsett-Straßburg.

Actas dermo-sifiliograficas.

Dezember—Januar 1913, 5. Jahrgang, Nr. 2.

Sarcomatosis cutanea idiopathica multiplex, von JUAN DE AZÚA. Ein Fall von pigmentierter hämorrhagischer Sarkomatose vom Typus KAPOSI und ein zweiter mit Lokalisation am Periost im subkutanen Gewebe und in der Haut ohne Pigmentbildung.

Postkonzeptionelle Syphilis, von J. S. COVISA. Aus einer reichen Erfahrung schließt der Verfasser, daß der deletäre Einfluß der Syphilis auf die Frucht ganz vermieden werden kann, wenn man zur rechten Zeit Salvarsan und Neosalvarsan anwendet und zu gleicher Zeit lösliche Quecksilbersalze injiziert.

Ein Fall von Syphilis gravis, von SAINZ DE AJA. Es handelt sich um eine schwere Syphilis mit Läsionen, welche der Behandlung starken Widerstand entgegensetzten. Mitten in der Behandlung erschien ein neues Symptom, eine syphilitische Neuralgie des Ischiadikus. 4 Neosalvarsan-, 3 Salvarsan-, 32 Injektionen von je 0.02 Hydrarg. bijod. und 2 g Jod täglich waren nötig, um in drei Monaten die in ulzerösen Syphiliden bestehenden Läsionen und die hinzugekommene Ischias zum Abheilen zu bringen.

Über Lokalanästhesie, von SAINZ DE AJA. Empfehlung des Novokains.

Rückenmarksyphilis von amyotrophischem Typus, von J. S. COVISA. Elf Jahre nach der Infektion erkrankte eine 43jährige Frau an Rückmarkserscheinungen, die sich in Muskelatrophie und Lähmungen äußerten.

Pseudopelade infolge einer syphilitischen Läsion, SAINZ DE AJA. Es handelte sich um eine Alopezie — Typus pseudopelade —, welche konsekutiv auf einer darunterliegenden syphilitischen Periostitis aufgetreten war. Der Verfasser glaubt, daß die vom Periostitisherd ausgehenden Toxine auf die darunterliegenden Haare eine deletäre Wirkung ausgeübt haben. A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von MORITZ OPPENHEIM-Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1913.) Mit dem ERNEST FINGER in Wien gewidmeten Büchlein von 272 Seiten Umfang, mit

Digitized by Google

49 Textabbildungen, will Verfasser rasch und leicht im Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten orientieren. Es präzisiert den gegenwärtigen Stand unseres Wissens mit der Forschung der Wiener Schule und dem Hauptgewicht auf klinische Beschreibung und Differentialdiagnose! Es ist in dieser Richtung gut brauchbar und zu empfehlen. Ohne diese Beschränkung wäre es jedoch noch besser: die Therapie sollte objektiv und reichlicher behandelt sein. Die Quecksilberkur, wie sie empfohlen wird, nämlich 6 ccm einer 10%igen Hg salicyl.-Suspension für eine Kur, wird meistens — außerhalb Wiens — als ungenügend angesehen werden. Die Erklärung der Figur 49, betr. das Gebiet der unlöslichen Einspritzungen, ist ungenau, die Bearbeitung des Salvarsans geradezu flüchtig zu nennen. Auch sind die Neurorezidive einfach als durch die giftigen Eigenschaften des Salvarsans hervorgerufen bezeichnet. Diese Fassung illustriert den lokalen Wiener Standpunkt. Da das Buch auch in Leipzig erscheint, sollte es ein derartig lokales Kolorit ablegen. Hoffentlich erlebt es verbesserte und vermehrte Auflagen! Werther-Dresden.

Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Heft 5.

1. Ärztliche Ansprache an die Abiturienten der höheren Schulen Mannheims, von P. Stephani. Verfasser berichtet zunächst über die ernsten Gefahren, die die Freiheit des Studentenlebens mit sich bringen: das Nachtleben mit seiner erregenden Wirkung und den Alkohol. Wer sich zu vollständiger Abstinenz bekennt, hat für seine geistige Leistungsfähigkeit sicher den größten Gewinn. Frühzeitige Nervenschwäche und körperliche Erkrankungen, die durch den wahllosen Geschlechtsverkehr erworben werden, sind die Folgen bei denen, die allzuviel aus dem überschäumenden Becher der Jugendlust getrunken haben. Zwei Krankheiten sind zunächst zu nennen: der Tripper und der weiche Schanker; die gefährlichste aber ist die Syphilis mit ihrer enormen und vielgestaltigen Ansteckungsgefahr. Alle Krankheiten sind heilbar, aber nur durch einen Arzt. Die davon Betroffenen mögen sich zuerst ihrem Vater und nach diesem dem Arzt anvertrauen.

2. Das Geschlechtsleben des Menschen und seine Gefahren, von P. Hollmann. Verfasser bespricht zunächst den Fortpflanzungsvorgang und das wichtigste Gesetz der Vererbung. Eine Verirrung des Geschlechtstriebes ist die Onanie. Sie ist gesundheitsschädlich, weil sie oft wiederholt wird und ihr Beginn gewöhnlich früh vor die Zeit der Geschlechtsreife, ja oft in die früheste Jugend fällt. Die Enthaltsamkeit ist in den allerseltensten Fällen ein Nachteil für die Gesundheit. Umgekehrt sind aber die Gefahren sehr groß, die aus dem Verkehr mit Prostituierten oder ähnlichen Mädchen hervorgehen. Weiter werden die Geschlechtserkrankungen einzeln besprochen, und zum Schluß empfiehlt Verfasser als einzig sicheres Mittel zu deren Vermeidung die Enthaltsamkeit.

Heft 12.

Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus, von E. Meirowsky-Köln. Den Ablauf der Pubertätszeit physiologisch, also normal zu gestalten, das Kind vor Verirrungen zu schützen, ist das wichtigste und schwierigste Problem aus dem großen Kapitel der Jugendfürsorge. Zwei Statistiken der Breslauer Hautklinik sind für die Arbeit verwendet: die eine, die sich an die Studentenschaft wandte, die andere, die von Ärzten beantwortet ist. Die erste Geschlechtsempfindung bei Knaben, triebartig

Digitized by Google

auftretende unklare Vorstellungen, vollziehen sich in der Mehrzahl zwischen dem 11. und 15. Lebensjahre. 88,7% trieben Masturbation, 77% in der Zeit vom 12.—16. Lebensjahr, mehr als die Hälfte durch Verführung von seiten der Kameraden. 3% hatten schon im 14. oder 15. Jahre den ersten geschlechtlichen Verkehr, das steigert sich bis 49,2% im 19. Lebensjahre. In über der Hälfte aller Fälle gaben sich die Gymnasiasten mit Prostituierten ab. Über Geschlechtserkrankungen bringt Verfasser eine eigene Statistik nicht. Die sexuelle Erziehung der heranwachsenden Jugend bedarf also einer Reform, der zielbewußten Führung von Erwachsenen. Die Erziehung zu einem gesunden Geschlechtstrieb ist ein wichtiger Teil der Gesamterziehung. Das Elternhaus ist zurzeit im großen und ganzen nicht imstande dazu, seine erzieherischen Pflichten zu erfüllen. Deshalb ist auch von dieser Seite aus eine ernsthafte Hilfe zu erwarten. Es gilt daher zunächst, das Wissen und das Gewissen der Eltern zu schärfen. Diesem Zwecke soll ein beigefügtes Elternmerkblatt dienen. Verfasser berichtet dann über die Schule in ihrer Bedeutung für die Erziehung der Jugend zu einem gesunden Geschlechtsleben, nennt die Ursachen, die für das Versagen der Schule in dieser Beziehung in Frage kommen: Schädlichkeit des langen Sitzens und die intellektuelle Überernährung, Mangel an genügender sportlicher Betätigung, Mangel an sexualpädagogischer Schulung der Lehrer u. a. Auch auf die Schülerverbindungen kommt Verfasser zu sprechen und auf die Frage des Alkohols. Er schließt mit den Worten Dölls: Die Schule kann sich auf die Dauer, ohne die Jugend selbst zu gefährden, von diesen die Zeit und Gemüter bewegenden Fragen nicht frei halten, auch wenn sie wollte. Eine Erwähnung der Gefahren, die das Leben mit sich bringt und deren Beseitigung erstrebt werden muß: die Schundliteratur, die sensationelle Berichterstattung sowie die Wohnungsnot der Massen, schließt das interessante Schriftchen, dem man eine große Verbreitung wünschen muß. Georg Heymann-Elbing.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Reinfectio syphilitica nach dreieinhalb Monaten, von Moriz Biach-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 34.) Bei einem 29jährigen Patienten wurde dreieinhalb Monate nach einem klinisch und bakteriologisch sichergestellten ersten Primäraffekt und nach intensiver Neosalvarsanbehandlung ein klinisch einwandfreier spirochätenhaltiger zweiter Primäraffekt beobachtet, der sechs Wochen nach der Infektion noch negativen Wassermann zeigte, nach sieben Wochen unter deutlicher Zunahme typischer Drüsenschwellung positive Reaktion bekam und genau nach der regulären Inkubationszeit ein immer reichlicher werdendes Exanthem mit den charakteristischen Zeichen eines Erstlingssyphilides (makulöses Exanthem ohne Gruppierung) darbot. W. Lehmann-Stettin.

Über „maligne" Reinfektion bei Syphilis maligna, von Erich Kuznitzky. Breslau. (Med. Klinik, 1913, Nr. 13.) Der vom Verfasser mitgeteilte Fall ist in mehr als einer Hinsicht für das Studium der Syphilis maligna sehr interessant. Ein Patient mit Lues maligna, deren Heilung man nach intensiver Behandlung mit Quecksilber, Kakodylsäure, Arsenophenylglyzin und Asurolinjektionen wohl als feststehend annehmen konnte, da derselbe 1½ Jahre frei von Symptomen war

Digitized by Google

und siebenmal negative WASSERMANN-Reaktion gehabt hatte, akquiriert eine neue Infektion, und zwar zunächst anscheinend ein Ulcus molle mit Bubonen. Während aber das Ulkus auf Karbolsäureätzung und Jodoform prompt zurückgeht, bilden sich beiderseits sehr starke, aber nur mäßig schmerzhafte Bubonen aus, und ein typisches ulzero-krustöses Syphilid auf Brust, Rücken und Stirn mit positiver WASSERMANN-Reaktion. Das heißt, ein einmal an maligner Lues erkrankter Patient wird geheilt, reinfiziert sich, und zwar wieder mit einer malignen Lues. Das scheint für die Anschauung zu sprechen, daß der eigenartige Ablauf der malignen Lues auf einer Disposition des infizierten Individuums und nicht auf einer besonderen malignen Spezies von Spirochäten beruht.

Auf die im Anschluß an diesen Fall noch mitgeteilten anderen in dieses Gebiet schlagenden Fälle sei hier nur kurz hingewiesen. Lasch-Breslau.

Die Wirkung des Goldes bei experimenteller Syphilis, von M. TRUFFI-Savona. (Pathologica, 1913, Nr. 112.) Versuche mit Goldchlorid und kolloidalem Golde, bei skrotaler Kaninchensyphilis. Die Goldsalze besitzen eine sichere präventive und kurative Wirkung gegen Lues: sie bewirken eine Verlängerung der Inkubationsdauer oder ein rasches Verschwinden der Spirochäten aus dem Syphilom und eine fortschreitende Verminderung, bis zum Verschwinden des spezifischen Infiltrates. Die Wirkung ist aber keine sehr starke; sie kann höchstens mit derjenigen des Hektins verglichen werden. Andererseits sind die bei Kaninchen erforderlichen Dosen so hoch, daß entsprechende Dosen beim Menschen nicht ohne Gefahr angewendet werden könnten. K. Rühl-Turin.

Auffindung der Spirochaeta pallida in Roseolaflecken, von SPILLMANN und WATRIN-Nancy. (Semaine méd., 1913, Nr. 28.) Es gelang den Verfassern, die Spirochäten deutlich in Reizserum, das sie durch Abkratzen der Roseolaflecken gewannen, nachzuweisen. A. Gunsett-Straßburg.

Über eine seltene spätsyphilitische Erscheinung beim Kaninchen, von E. BERTARELLI und C. MELLI-Parma. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 70, H. 3/4.) Bei einem Kaninchen war ein, nach Inokulation von menschlichem syphilitischen Material in den Hodensack, entstandenes typisches primäres Symptom nach Verlauf einiger Monate unter Hinterlassung einer Pigmentierung an der Stelle der spezifischen Schädigung im übrigen vollständig geschwunden. Ein Jahr später fand sich am Hodensack auf der Höhe des primären Syphiloms eine ungefähr nußgroße, harte, widerstandsfähige Knotenbildung, die sich als ein Granulom erwies, welches seinem mikroskopischen Baue und der wohlbestimmten Lymphozytenhäufung nach an die zuweilen im Hoden vorkommenden syphilitischen Gummata erinnerte. Die Beobachtung erinnert die Verfasser an die Anschauung SCHAUDINNS, „nach der die Spirochäte der Syphilis eine schlecht bekannte Ruheperiode besitzt, während welcher sie sich in wahrscheinlich von den typischen ganz verschiedenen Formen in den Elementen einnistet, und nur unter besonders günstigen Verhältnissen ihre multiplizierende Tätigkeit wieder aufnimmt". Oskar Gans-Hamburg.

Zur Pathologie der Blutlipoide mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis, von JULIUS BAUER & KARL SKUTEZKY-Innsbruck. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 21.) Die Verfasser fassen ihre Ergebnisse mit Berücksichtigung der Feststellungen anderer Verfasser dahin zusammen: 1. Es kommen sehr erhebliche individuelle Schwankungen im Gehalt des Blutes an Lipoiden und Fetten vor. Gewisse Individuen scheinen infolge einer konstitutionellen Eigenart einen auffallend hohen Lipoidspiegel am Blute aufzuweisen. 2. Hohe Lipoid- und Fettwerte im Blute findet

Digitized by Google

man regelmäßig bei Diabetes mellitus, bei Nephritiden, bei verschiedenen Blutkrankheiten, bei Gravidität, in vielen Fällen von Arteriosklerose, mitunter bei Tuberkulose und bei Psoriasis. 3. Der Grund für eine Lipoidanhäufung im Blute dürfte einerseits in einem vermehrten Zellzerfall, namentlich in lipoidreichen Organen, liegen, andererseits mögen regulatorische Einflüsse von seiten einzelner Blutdrüsen die Schutzwirkung der Lipoidämie herbeiführen. Vielleicht kann schließlich auch eine mangelhafte Ausscheidung der Blutlipoide eine Vermehrung derselben bedingen. 4. Als Regulationsorgane für den Lipoidstoffwechsel kommen die Ovarien, die Nebennieren und eventuell auch die Thymusdrüse in Betracht.

Was nun speziell den Lipoidgehalt im Blute Syphilitischer angeht, resümieren die Verfasser: 1. In der Regel läßt sich zum Teil des Allgemeinwerdens der Lues ein Ansteigen der Lipoidwerte im Blute konstatieren; es tritt sehr früh, oft vor dem Positivwerden der WASSERMANN-Reaktion ein. 2. Im allgemeinen weisen Luetiker verhältnismäßig hohe Lipoidwerte im Blute auf. 3. Eine konstante Beziehung zwischen Lipoidvermehrung, bzw. starker NEUMANN-HERRMANNscher-Reaktion einerseits und Ausfall der WASSERMANN- und KLAUSNER-Reaktion andererseits läßt sich nicht konstatieren. Desgleichen sind wir über die Ursache und das Wesen der Lipoidvermehrung noch im unklaren.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilis, kritische Betrachtung der Serumdiagnose und deren Anwendung in der Medizin und öffentlichem Sanitätswesen, von H. M. GREENE-Portland. (New York med. Journ., 26. April 1913.) Bei primärer und sekundärer Syphilis hängt nicht so viel von der Serumdiagnose ab, da wir hier ausgesprochenere klinische, zur Diagnose meist genügende Erscheinungen haben; aber bei tertiärer, latenter und kongenitaler Syphilis sind die klinischen Symptome zuweilen sehr unbestimmt, und hier kommt die Serumdiagnose zu ihrer vollen Bedeutung. Die Statistik lehrt, daß bei angeborener Syphilis, die sowohl nach WASSERMANN wie NOGUCHI ausgeführte Serumdiagnose fast stets beweisend ist, und GR. kommt daher zu der Frage, ob es nicht angezeigt wäre, bei jedem neugeborenen Kind die Serumprobe obligatorisch zu machen; 98 Prozent dieser Form von Syphilis könnte aufgedeckt werden — es würde leicht und zweckdienlich sein, ein Stück der Nabelschnur abzuschneiden und dem Laboratorium mit entsprechendem Bericht zuzusenden. Im Interesse der öffentlichen Sicherheit wäre es auch gelegen, z. B. jeden Lokomotivführer der Serumprobe zu unterziehen. Ebenso könnte die obligatorische Einführung derselben bei jedem, der ein Verbrechen begangen hat, zuweilen die Syphilis für dasselbe verantwortlich machen und eine entsprechende Behandlung derselben der Menschheit mehr Dienste leisten, wie jede Bestrafung. Alkohol und antisyphilitische Behandlung machen bei vorhandener aktiver Syphilis die Reaktion negativ, Alkohol sollte daher wenigstens auf 48 Stunden verboten, wenn die Serumreaktion ausgeführt werden soll, und die Behandlung etwa 30 Tage vor derselben ausgesetzt werden. GR. ist überzeugt, daß Syphilis viele schwere Nervenzerrüttungen zur Folge hat; wenn also jemand eine Stelle bei einer Eisenbahngesellschaft sucht, so kann die Serumprobe sowohl für das nervöse Leiden, wie für ein eventuelles Eisenbahnunglück die Verantwortung tragen. Schließlich möchte GR. alle „Patentmedizinen" verboten wissen, da sie oft in schwer zu bestimmender Menge Jod, Arsenik u. a. m., und vor allem so viel oder noch mehr Alkohol enthalten, als der gewöhnliche Branntwein (brandy).

Stern-München.

Der Wert der neuen diagnostischen Methoden der Syphilis für die gerichtliche Medizin, von G. THIBIERGE. (Bull. méd., 1913, Nr. 43.) Die neuen diagnostischen

Digitized by Google

Methoden haben die Sicherheit der Syphilisdiagnose erhöht, aber nur in affirmativem nicht in negierendem Sinne. Sie lassen eine große Anzahl forensisch wichtiger Fragen unbeantwortet, z. B. ob ein Individuum zu einer bestimmten Zeit syphilitisch war oder nicht usw. Diese Methoden bilden also nur ein Element der Syphilisdiagnose, und sollen nur im Zusammenhalte mit den bisherigen Methoden und Kenntnissen verwertet werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Technik und Resultate der Wassermannschen Reaktion, von Astorre Reggiani. (Morgagni, 1913, Nr. 4.) Die Technik des Verfassers stimmt mit der allgemein üblichen überein. Das Antigen verwendet er in absteigenden Mengen, und zwar nimmt er alkoholischen Extrakt aus syphilitischer Leber. Auch die Resultate bei den einzelnen Erkrankungen decken sich mit denjenigen aller anderen Verfasser. A. Gunsett-Straßburg.

Was der Praktiker von der Wassermannschen Reaktion wissen soll, von George A. Wyeth-New York. (New York med. Journ., 10. Mai 1913.) In erster Linie ist darauf hinzuweisen, daß die Wassermannsche Reaktion nicht eine Probe auf die Anwesenheit oder das Fehlen des Syphiliserregers (Spirochaeta pallida), sondern auf die Gegenkörper desselben ist, weshalb sie auch in den ersten Wochen nach der Infektion selten positiv ist, und es erst wird, bis (nach etwa vier Wochen) die Gegenkörper Zeit gehabt haben, sich zu entwickeln. Sodann muß man daran denken, daß positiver Wassermann bei frischer Malaria, Framboesie und Lepra vorkommen kann; Alkohol, in beträchtlichen Quantitäten genossen, eine sonst positive Reaktion negativ machen kann und ebenso antisyphilitische Behandlung, so daß man 3—6 Wochen dieselbe aussetzen muß, bevor die Reaktion ausgeführt wird. Eine zweifelhafte oder positive Reaktion bei einem Patienten, der behandelt wurde, bedeutet Indikation für weitere Behandlung, selbst wenn klinische Erscheinungen beträchtliche Zeit hindurch nicht vorhanden sind. Auch sollte negative Reaktion nicht als Heilung angesehen werden, wenn sie nicht negativ bleibt, und wenigstens ein Jahr nach beendeter Behandlung klinische Erscheinungen völlig verschwunden waren. Mit einer kurzen Beschreibung der Technik und verschiedenen zur Wassermannschen Reaktion notwendigen Reagenzien und der Mahnung, dieselbe als sehr wichtiges, aber immerhin begrenztes Hilfsmittel für Diagnose und Therapie anzusehen, schließt W. seine trefflichen Ausführungen.

Stern-München.

Über die neueren Anschauungen vom Wesen der Wassermannschen Reaktion, von M. Liebers-Dösen. (Arch. f. Hyg., 1913, Bd. 80, H. 1—6.) Die sehr fleißige Arbeit ist zum Referieren nicht geeignet und muß im Original nachgelesen werden, ebenso wie die unmittelbar darauf folgende Arbeit: Über Kieselsäurehämolyse, von M. Liebers-Dösen, ibidem. Beide Arbeiten stammen aus dem hygienischen Institut in Leipzig. Lasch-Breslau.

Zur Theorie der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion, unter besonderer Berücksichtigung der Versuche an Kaninchen, von Karl Prausnitz und Margarete Stern. (Centralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. 69, H. 7, S. 545.) Erneute Bestätigung der bekannten Tatsache, daß wäßrige Extrakte aus syphilitischen Fötenlebern schwächer und unsicherer wirkten als alkoholische. Ferner stellen die Verfasser fest, daß diese letzteren Extrakte ihre komplementbindende Wirkung auch durch Filtrieren nicht verlieren. Dagegen war der Rückstand nach Alkoholextraktion der syphilitischen Organe absolut unwirksam. Da es weiterhin gelang, durch intravenöse Injektion von alkoholischen und wäßrigen Extrakten syphilitischer Organe

Digitized by Google

bei Kaninchen eine vorher absolut negative WASSERMANN-Reaktion bei einem Teile der Tiere in eine sicher positive umzuwandeln, und man nach den meisten bisherigen Erfahrungen nur mit Substanzen aus der Gruppe der Eiweißkörper, nicht aber mit alkohollöslichen Stoffen eine Antigenbildung, d. h. Bildung echter Antikörper im Tiere auslösen konnte, scheint es den Verfassern wahrscheinlich, daß die WASSERMANN-Reaktion nicht in den Rahmen der bisher bekannten echten Antigen-Antikörperreaktionen gehört. Oskar Gans-Hamburg.

Über die Latenzdauer der Wassermannschen Reaktion, von A. DREYER-Köln. (Med. Klinik, 1913, Nr. 13.) An der Hand eines Falles, der im Jahre 1893 infiziert, eine einzige Schmierkur durchgemacht hatte, bis im Jahre 1900 Krankheitserscheinungen auftraten, die eine häufig wiederholte Behandlung notwendig machten, und bei dem 1909 zum erstenmal die WASSERMANN-Reaktion gemacht wurde, und, trotz häufiger Wiederholungen erst nach vier Jahren positiv ausfiel, trotzdem innerhalb dieser vier Jahre immer wiederkehrende syphilitische Symptome bestanden hatten, betont DREYER die Notwendigkeit, unseren Standpunkt in bezug auf die Bedeutung der WASSERMANN-Reaktion zu reformieren. Da seine Beobachtung keineswegs allein steht, so darf ein negativer Ausfall der Reaktion unser therapeutisches Vorgehen gar nicht beeinflussen; wir sollen nach seiner Ansicht nach dem erstmaligen negativen Ausfall der WASSERMANN-Reaktion den Ehekonsens u. a. noch hinausschieben, bis wir durch jahrelang fortgesetzte und negativ ausgefallene Blutuntersuchungen die Überzeugung der Heilung des Patienten gewonnen haben, wozu noch eine Übereinstimmung zwischen dem klinischen Verlauf der Krankheit und der negativen Reaktion treten muß. Lasch-Breslau.

Über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Spätstadium der Syphilis, von M. MAISEL. (Diss. Berlin, 1912.) Beim Vorhandensein manifester tertiärer Erscheinungen reagierten von 495 Fällen positiv 455 (92%). Für den Ausfall der Reaktion ist die Stärke der vorangegangenen Behandlung beim Vorhandensein manifester Erscheinungen gleichgültig. Ebenso konnte ein deutlicher Einfluß der Art der Erscheinungen und ihres Sitzes nicht nachgewiesen werden; auch ob mehrere oder ein einzelner Herd bestand, schien keinen großen Einfluß auf den Ausfall der Reaktion zu haben. Dagegen nimmt mit dem Alter der Infektion die Zahl der negativen Fälle etwas zu, so daß vielleicht ein geringer Einfluß des Alters der Infektion besteht.

Bei Lues latens im Tertiärstadium reagierten von 345 Fällen 222 positiv (64%). Auch hier war ein Einfluß des Alters der Infektion nachzuweisen. Ein Einfluß der vorausgegangenen Behandlung war in diesen Fällen ebenfalls nicht deutlich zu konstatieren. Fritz Loeb-München.

Über „eigenlösende" Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von ERNST JOLOWICZ-Hellerau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 17.) Verfasser hat gelegentlich seiner Arbeiten über die WASSERMANN-Reaktion an der Leipziger Nervenklinik die Beobachtung gemacht, daß die eines Tages durchweg auftretende eigenlösende Eigenschaft der Meerschweinchenseren zurückzuführen war auf die starke Inzucht in dem zur Verfügung stehenden Meerschweinchenstamm. Nach Eliminierung eines Teiles der Meerschweinchen und Neuanschaffung von Zuchtböcken, hat sich nie wieder eine ähnliche Erscheinung gezeigt. Franz-Dresden.

Über Verwendung von aktivem und inaktivem Serum bei dem Komplementablenkungsversuch, von MAX HESSE-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 16.)

Digitized by Google

Paralleluntersuchungen mit aktivem und inaktivem Serum: Von sicher nicht Luetischen wurden 189 untersucht, die sämtlich übereinstimmend negativ reagierten, woraus hervorgeht, daß kein normales Serum ein positives Resultat ergibt. Die Zahl der sicheren Luetiker, die untersucht wurden, beträgt 293. Von diesen 293 reagierten 248 aktiv und inaktiv positiv, bei 30 war der Ausfall aktiv und inaktiv negativ. Dagegen reagierten zwölf Fälle mit aktivem Serum positiv, während die inaktivierten negativen Ausschlag gaben. Diese zwölf Luetiker entgingen also der inaktiven Methode. Allerdings kann auch das Umgekehrte vorkommen, daß bei sicher Luetischen ein positiver Ausfall mit inaktiviertem Serum vorhanden ist, ein negativer mit aktivem Serum. Die Zahl dieser Patienten war sehr klein, nämlich nur drei. Verfasser erklärt sich diese Tatsache durch eine ganz außerordentliche Menge von Komplement, welche durch den Überschuß von hämolytischem Serum nicht paralysiert werden konnte.

Weiterhin wurden in 1972 Fällen, in denen die Diagnose nicht klargestellt war, Paralleluntersuchungen vorgenommen; 830 reagierten auf beide Arten positiv, 1022 negativ. Bei 86 war das Ergebnis aktiv positiv, inaktiv negativ, bei 34 war das Umgekehrte der Fall. Von den 86 Seren, welche nur bei Anwendung der aktiven Methode ein positives Resultat ergaben, konnte bei 48 die Richtigkeit des positiven Befundes bestätigt werden; bei den anderen 34 war bei 14 die Richtigkeit der positiven Reaktion wahrscheinlich. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der spezifischen Antikörperchenbildung im Serum primär syphilitischer Kranker, von Lichatschew. (Med. obosrenje, 1913, Nr. 10, S. 866.) Auf Grund der Untersuchung von 80 Fällen primärer Lues im Mjassnitzkihospital zu Moskau überzeugte sich Verfasser, daß die Kurve über das Vorkommen spezifischer Antikörper im Blutserum langsam ansteigt und direkt abhängig ist von der Zeit der Infektion und dem Auftreten des Primäraffektes. Das Minimum der Bildung derselben liegt in der 4.—5. Woche nach der Infektion, das Maximum in der 6.—7. Woche. In den ersten fünf Wochen nach der Infektion fällt die Wassermannsche Reaktion negativ aus. Die Untersuchung des Blutes auf die Wassermannsche Reaktion ergibt bei Erosionen und Geschwüren von 1—1½ Wochen Dauer stets ein negatives Resultat, bei Sklerosen von 2 Wochen Dauer unter Umständen ein positives, und bei solchen von 3—4 Wochen Dauer stets ein positives Resultat. Arth. Jordan-Moskau.

Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion, von R. Mueller & R. O. Stein-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 21.) Aus den vorliegenden Krankheitsgeschichten ist ersichtlich, daß von den Fällen (zehn) mit klinisch latenter Spätlues, die zur Zeit der Kutireaktion negative oder fast völlig negative Wassermannsche Reaktion zeigten, die aber — soweit wir es in Erfahrung bringen konnten — zur Zeit manifester Erscheinungen nach Wassermann positiv reagiert hatten, alle bis auf einen nach erfolgter intrakutaner Inokulation Umschlag der Seroreaktion ergaben. Dagegen hatten von vier Fällen mit manifesten Späterscheinungen nur jene zwei Reaktionsanstieg, die schon zur Zeit der Intrakutanimpfung Andeutung einer positiven Wassermannschen Reaktion aufwiesen, während die beiden völlig negativ reagierenden nicht die geringste Vermehrung von „Reaginen" erkennen ließen. Man kann daraus schließen, daß zur Erzeugung eines Reaktionsumschlages vor allem die Reaktionsfähigkeit des Organismus nötig ist. Ein Fall, der trotz vorhandener Erscheinungen von Lues keine Wassermannsche Reaktion gibt, scheint auch durch Kutireaktion nicht zur

Digitized by Google

Änderung seines serologischen Verhaltens zu bringen zu sein. Es muß andererseits konstatiert werden, daß keiner von zahlreichen Fällen, die mit negativem Resultat inokuliert waren — ob es sich nun um latent luetische Fälle des Früh- oder Spätstadiums handelt, oder um nichtluetische Fälle — auch nur die geringste Veränderung in ihrem Verhalten bei der WASSERMANNschen Reaktion zeigten. Dadurch ist erwiesen, daß ein positiver Ausfall der Kutireaktion notwendig ist, um Umschlag der WASSERMANNschen Reaktion zu erzielen.

W. Lehmann-Stettin.

Über eine klinisch verwendbare Kutanreaktion auf tertiäre Syphilis, von E. KLAUSNER-Prag. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 24.) Verfasser hat Versuche mit einem, nach den Angaben FISCHERs hergestellten Extrakt (aus hereditär-syphilitischer spirochätenhaltiger Lunge in physiologischer Kochsalzlösung) angestellt, und in der letzten Zeit statt intrakutaner Impfung stets eine kutane Impfung mit der Lanzette ausgeführt. Er hat mehr als 500 Fälle damit geprüft und kommt, wie schon in einer früheren Arbeit, zu dem Schluß, daß bei einem nichtluetischen Individuum niemals auch nur eine zweifelhafte Reaktion entsteht. Ebenso ist bei primärer und sekundärer Lues positive Reaktion nicht nachweisbar, während dieselbe stets vorhanden ist bei tertiärer Lues, bei Lues hereditaria und bei vereinzelten Fällen von Lues in der Spätlatenz. Die Therapie scheint die Reaktion zu beeinflussen. W. Lehmann-Stettin.

Eine quantitative chemische Reaktion zur Kontrolle positiver WASSERMANNscher Reaktionen, von D. M. KAPLAN-New York (New York med. Journ., 7. Juni 1913.) Die von K. erprobte Reaktion beruht darauf, daß Aminogruppen (RNH_2) mit salpetriger Säure (HNO_2) in folgender Weise gespalten werden: $ROH + H_2O + N_2$; da N hierbei als Gas auftritt, sind spezielle Methoden zu dessen Bestimmung notwendig, und es erwies sich als die sicherste, einfachste und beste, jene von DONALD und VAN SLYKE, welche in ihren Hauptzügen nebst den dazugehörigen Apparaten von K. beschrieben wird. Während mit nichtluetischen Sera der Stickstoffgehalt ein ziemlich hoher, schwankend von ca. 6½—12 (im Durchschnitt), sogar bis 17½, ist er bei Lues ein sehr geringer, von 0,1 bis höchstens 2,4. Wo die WASSERMANNsche Reaktion den Eindruck eines Laboratoriumsfehlers oder irgend einer anderen Besonderheit, deren es viele und noch nicht genau bestimmte gibt, macht, können diese numerischen Unterschiede von Bedeutung sein, und es ist zu hoffen, daß zweifelhafte WASSERMANNsche Reaktionen durch die kurz skizzierte, quantitative, chemische Analyse künftig ihre Korrektion finden wird. Wenn auch K. dieser Schluß noch voreilig erscheint, so würde er trotzdem ein Serum mit positiver WASSERMANNscher Reaktion für zweifelhaft halten, wenn der Aminostickstoff ein normaler ist. Der Aminogehalt von Syphilitikern wurde ferner häufig von ihm bedeutend vermindert gefunden, obwohl die WASSERMANNsche Reaktion negativ war. Ob ein Patient so lange behandelt werden soll, bis die Menge an Aminostickstoff wieder ihre normale Höhe erreicht, wir also damit einen weiteren Anhaltspunkt für die Therapie haben, ist künftiger Untersuchung noch vorzubehalten. Die Patienten mit allgemeiner Paralyse, welche einen normalen Stickstoffgehalt oder eine Neigung zu Vermehrung desselben zeigten, befanden sich in einem sehr guten Allgemeinzustand und wiesen keinerlei psychische Stigmata des Leidens auf. Verfasser ist überzeugt, daß die Bestimmung des Aminostickstoffs im Serum (und Zerebrospinalflüssigkeit) Syphilitischer weiterer Beachtung wert ist, und in den angedeuteten Richtungen wichtige Resultate bringen wird.

Stern-München.

Digitized by Google

Der quantitative Amino- (NH_2) Nitrogengehalt syphilitischer und nichtsyphilitischer Sera; zweite Mitteilung von D. M. KAPLAN-New York. (New York med. Journ., 26. Juli 1913.) In Fortsetzung seiner früheren Arbeit gibt hier Verfasser eine genaue Beschreibung (nebst Abbildung) des von ihm benutzten Apparates VAN SLYKE (Aminometers) und stellt wiederum fest, daß die syphilitischen Sera im Vergleich zu den nichtsyphilitischen eine ausgesprochene Verminderung in ihrem Gehalt an Aminostickstoff zeigen. Die Menge Aminonitrogen bleibt, wie eine Gruppe von Fällen (von luetischer spastischer Spinalparalyse, Tabes, kongenitaler und viszeraler Lues) zeigte, ungeachtet einer negativen WASSERMANNschen Reaktion vermindert, in einer Anzahl ähnlicher Fälle ist sie jedoch eine normale hohe geworden; welche Faktoren diese Rückkehr zur Norm bewirken, kann K. noch nicht feststellen, intensive spezifische Behandlung (mit Hg und Salvarsan) scheint ihm nicht ausschlaggebend zu sein. Immerhin dünkt die Aminoreaktion ihm aber so sicher, daß er bei hohem NH_2-Gehalt des Serums und positivem WASSERMANN in Fällen, wo klinische Erscheinungen von Syphilis fehlen, eine solche für ausgeschlossen hält, so daß die quantitative Bestimmung des Aminonitrogens eine sehr wichtige Korrektur der WASSERMANNschen Reaktion darstellen kann. Inwieweit diese Bestimmung auch im Liquor cerebrospinalis von Bedeutung ist, will K. späterer Untersuchung überlassen. Stern-München.

Die Luetin-Hautreaktion bei Syphilis, von DAVID J. KALISKI-New York. (New York med. Journ., 5. Juli 1913.) Das Luetin wird folgendermaßen dargestellt: Die aus Schankergeschwüren, Kondylomen usw. entnommenen Keime werden auf Aszitesagar und Aszitesbouillon, die steriles Gewebe (gewöhnlich Plazenta oder Nieren) enthalten, gebracht. Die Kulturen wachsen im Thermostat anaerob nach etwa 50 Tagen. Durch Zerreiben in einer sterilen Mühle werden von der Kulturmasse, welche die Mikroorganismen in großer Menge enthalten, Teilchen so lange behandelt, bis man ein ziemlich flüssiges Medium erhält; dasselbe wird noch eine Stunde lang bei 60 C erhitzt und dann mit ½prozentiger Trikresol- oder Karbolsäure aufbewahrt. Die Unschädlichkeit des Reagens wird durch Tierimpfungen vor der Anwendung am Menschen stets erprobt. Bei der praktischen Anwendung der Luetinreaktion an 315 Fällen von Syphilis der verschiedensten Stadien und 250 Kontrollfällen (50 ganz gesunden Menschen und 200 an verschiedenen anderen Krankheiten leidenden), das Mittel wird in die oberflächliche Hautschicht mit einer ganz feinen Nadel in der Dosis von 0,05—0,07 ccm injiziert, bis eine kleine, blasse Pustel sich bildet, ergab sich, daß diese Reaktion in den Frühstadien der Lues, d. i. im sogenannten primären und Sekundärstadium, von geringem Werte ist, ebenso bei den sogenannten parasyphilitischen Zuständen, für diese Fälle also mit der WASSERMANNschen Reaktion nicht zu vergleichen ist. Im Tertiärstadium aber und bei Zerebrospinalsyphilis ist sie von großer Bedeutung, und eine wertvolle Ergänzung der WASSERMANNschen Reaktion; sie war in einer großen Anzahl von Fällen mit Ausnahme von etwa 5%, wo Syphilis ätiologisch in Betracht kam, von spezifischer Bedeutung. Im allgemeinen bleibt die Reaktionspustel, die in schweren Fällen mit heftigem Jucken und Brennen begleitet ist, 4—6 Tagen bestehen, um von da ab allmählich zu verschwinden; es kann aber zuweilen noch längere Zeit Infiltration bestehen und Pigmentierung zurückbleiben.

Stern-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noirèschen Tabletten, von G. Holzknecht-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 21.) In dem gleichnamigen Artikel von Gunsett (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 18) war gesagt worden, daß in dem Apparat von Nogier auch die Holzknechtsche Skala verwendet werden kann. H. bemerkt dazu, daß dies in der Tat der Fall ist, daß aber seine Skala auch ohne den Apparat zu gebrauchen wichtige Resultate liefert.

Philippi-Salzschlirf.

Die Anwendung der radioaktiven Substanzen bei Mund- und Zahnkrankheiten einschließlich der Alveolarpyorrhoe, von M. Levy-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 23.) Verfasser hat bei Anwendung von radioaktiven Substanzen in den verschiedensten Formen eine heilende bzw. bessernde Wirkung gesehen. In Betracht kamen Psoriasis der Mundschleimhaut, Pyorrhoea alveolaris, Lockerung der Zähne ohne Eiterung, marginale Gingivitis, Leukoplakia der Zunge und des Mundes, Zahnfisteln und Stomatitis ulcerosa. Kein Erfolg war zu verzeichnen bei chronisch rezidivierender Stomatitis aphthosa. Grundbedingung für einen Erfolg ist nun die Kenntnis von der Stärke des Präparates und der sich daraus ergebenden Dosierung. Fischer-Dresden.

Die Beseitigung der Emboliegefahr bei Paraffininjektionen, von Egon Hartung-Berlin-Neukölln. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 34.) Verfasser beseitigt die Emboliegefahr bei kosmetischen Paraffininjektionen dadurch, daß er in Blutleere arbeitet (Esmarchscher Schlauch bei den Extremitäten, manuelle Kompression bei den Mammae, kleine den Darmklemmen ähnliche Klemmen bei Ohren und Nasenflügeln, eventuell aus Holz passend geschnitzte Reiterchen bei der Nase). Die Blutleere muß so lange anhalten, bis das Paraffin erstarrt ist, was durch Chloräthylspray beschleunigt werden kann. Franz-Dresden.

Zur Frage der Überpflanzung behaarter Haut, von Victor Perimoff. (Centralbl. f. Chirurgie, 1913, Nr. 37.) Verfasser berichtet, daß er einem Offizier mit einer häßlichen, sternförmigen, völlig haarlosen Narbe in der rechten Temporal- und Parietalgegend ein entsprechendes Stück behaarter Haut vom Kopf eines Tartaren überpflanzt habe. Das Haar fiel nicht aus und sein Wuchs ließ nichts zu wünschen übrig. Georg Heymann-Elbing.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Walter Friboes in Bonn ist mit der Abhaltung der Vorlesungen für den erkrankten Prof. Max Wolters in Rostock betraut worden.

Der Anthropolog und Medikohistoriker Prof. A. F. Le Double in Tours, dem wir ein interessantes und umfangreiches Werk über Hypertrichose sowie wertvolle Arbeiten über Epididymitis und über Hämorrhagien der Flachhand verdanken, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Dezember 1913 | Nr. 49 | Band 57

Über die therapeutische Anwendung der Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. T. Aoki,

Direktor des dermatologischen Hospitals in Tokio.

Der Teer ist ein vorzügliches und schnell wirkendes Mittel zur Behandlung juckender Dermatosen und beseitigt die Hyperämie und Entzündung, besonders die chronisch entstehenden Infiltrate. Jedoch darf man ihn nie bei noch nässenden oder stark entzündeten Hautkrankheiten anwenden, da durch seine unvorsichtige Applikation in vielen Fällen in der so behandelten Haut von neuem sehr leicht Rezidive hervorgerufen werden.

Vor längerer Zeit hat Joseph für die Nachbehandlung der Ekzeme eine Teerpaste: Rp. Olei Cadini pur. 10,0—15,0, Zinci oxydati, Amyli, ana 20,0, Vaselin. flav. ad 100,0 empfohlen.

Wenn auch diese Teerpaste relativ reizlos ist, so ist doch ihre Wirkung so schwach, daß man kaum mit diesem Mittel allein die Ekzeme zur vollen Abheilung bringen kann. Daher gebraucht Dohi, um einen vollen Erfolg zu erzielen, die Kombination mit Schwefel, welcher nach Unna zwei Hauptwirkungen besitzt — keratoplastische und keratolytische.

Seine Teerpaste hat folgende Zusammensetzung: Pic. liquid., Sulfur. depurat., Zinc. oxyd. ana 10,0 Adip. suill. 30,0, M. f. pasta. S. Äußerlich.

Die Hauptmerkmale der Wirkung der Dohischen Teerpaste bestehen darin, daß sie durch Hinzusetzung von Zinkoxyd, welches anämisierend und entzündungswidrig wirkt, vor den durch Teer hervorgerufenen Nebenerscheinungen schützt und durch die reduzierende Wirkung von Teer und Schwefel keratoplastisch, keratolytisch und sogar antiparasitär wirkt.

Klinische Beobachtungen.

Die Behandlung mit Teerpaste (Dohi) wandte ich im Verlaufe von ca. 10 Jahren bei sehr vielen Fällen von Hautkrankheiten an, möchte aber hier nur die bemerkenswerteren zitieren.

1. E. T., Offizier, 27 Jahre. Dysidrosis an der rechten Fußsohle. Seit Anfang des Sommers eine mit Jucken verbundene, an gekochte Sagokörnchen erinnernde

Digitized by Google

Bläschenbildung auf geröteter und geschwollener Basis. Zuerst Pinselung mit 2—5%igem Resorzinspiritus oder spirituöser 1—5%iger Höllensteinlösung und dann eine Woche lang Applikation von Zinkschwefelpaste oder Teerpaste (Joseph), aber nach leichten Besserungen erfolgte stets Rezidiv; darauf Applikation der Teerpaste (Dohi). Nach zwei Tagen klagt Pat. nicht mehr über Jucken. Nach weiteren zwei Wochen fast Heilung. Vier Wochen später stellte sich Pat. geheilt vor.

2. K. D., 3 Jahre. Eczema seborrhoicum am Kopf. Behandlung mit Tumenolsalbe und Tumenolzinkpaste von ein wenig Besserung begleitet, aber ohne volle Heilung. Applikation Dohischer Teerpaste. Nach zwei Wochen völlige Heilung. Kein Rezidiv.

3. S. M., Färber, 37 Jahre. Gewerbeekzem beider Hände. Die Haut ist verdickt, zeigt vielfache Rhagaden, zum Teil gerötet und infiltriert. Monatelang ist er mit verschiedenen Salben (Zinkpaste rein und mit Zusätzen von Thionol (Shymoyama), Thiol, Tumenolt Thigenol, Hausnaphtalan, Anthrasol, Teer), eventuell nach dem Ätzen mit 5—6%igem Kalium causticum, behandelt, ohne jedoch dauernden Erfolg aufweisen zu können. Endlich ging ich zur Dohischen Teerpaste über. Nach der Applikation dieser Paste sind die hartnäckigen Erscheinungen prompt verschwunden. Bis nach zwei Monaten noch rezidivfrei; Pat. hat sich dann nicht mehr vorgestellt.

4. K. S., Handwerker, 32 Jahre. Sycosis parasitaria an Oberlippe und Wangen. Seit fünf Monaten war Pat. angeblich mit verschiedenen Salben behandelt worden, aber ohne vollen Erfolg. Zwei Röntgenbestrahlungen hatten nur kurzen günstigen Erfolg. Teerpasteapplikation (Dohi) nach der Epilation. Erhebliche Besserung nach einer Woche, Infiltration zum größten Teil verschwunden, nur ab und zu noch einige Knoten. Nochmals Applikation: nach 10 Tagen fast Heilung. Nach weiterer dreimaliger Applikation mit fünftägigem Intervall Heilung, während des darauffolgenden Monats ohne Rezidiv.

5. Y. A., Lehrling, 16 Jahre. Eczema pruriginosum. Steht seit einigen Jahren in Salbentherapie (Medikament war nicht zu eruieren) und Thermotherapie, ohne wesentlichen Erfolg. Nach sechstägigen Behandlungen mit Teerpaste (Dohi) nebst Salizylseifenwaschungen und innerer Applikation von Thionol (Shymoyama), Schwund des Juckreizes, der bisher gegen die Behandlung sehr hartnäckig war. Die Papeln sind ebenfalls nicht mehr sichtbar, nur als kleine Infiltration zu füllen. Nach zwei Wochen zum Teil Rezidiv, welches nach energischer etwa fünftägiger Behandlung beseitigt wird. Darauf wird die Behandlung weiter energisch einen Monat lang angewandt. Dann fünf Monate ohne Rezidiv.

6. G. S., Kaufmann. 25 Jahre. Chronisches Ekzem an der rechten Hand. Knötchenbildung, insbesondere an den Fingern, sehr starkes Jucken. Die Haut ist ziemlich verdickt, infiltriert, teilweise gerötet. Nach zweitägiger Applikation Dohischer Teerpaste Milderung des Juckreizes, Abblassung der Rötung. Nach zehntägiger Applikation Heilung; kein Rezidiv.

7. T. J., 37 Jahre. Skabies. Stellenweise Ekzem, das man ganz speziell an den Stellen findet, wo die Milbengänge vorhanden sind. Schwefelbäder und darauffolgende Salbenbehandlung mit Ungt. Wilkinsonii und Ungt. Naptholi compositum (Kaposi) ohne günstigen Verlauf, vielmehr Rötung in der Umgebung neu entstehender Bläschen, die zum Teil mit Borken bedeckt sind. Dann Applikation der Teerpaste. Nach zwei Tagen Schwinden der Erscheinungen des Ekzems. Nach weiteren fünf Tagen erhebliche Besserung, aber noch ab und zu Bläschenbildung. Applikation einer 30%igen Schwefelstärkepaste (Yamada). Nach sieben Tagen völlige Heilung, kein Jucken mehr. Drei Wochen später stellte sich Pat. wieder gesund vor.

8. T. S., Ehefrau, 23 Jahre. Eczema intertriginosum an den Genitokrural- und Analfalten. Eine dunkelrote, gleichmäßige, nicht punktierte, diffuse Rötung, sub-

Digitized by Google

jektiv ziemlich große Berührungsempfindlichkeit, brennendes Schmerz- und Hitzegefühl. Wurde zwei Monate hindurch mit verschiedenen Pudern und Salben ohne Erfolg behandelt. Nach zweitägiger Applikation der Teerpaste Schwinden der subjektiven Symptome. Nach Eintreten der Menses Rezidiv, das aber nach fünf Tagen wieder schwindet. Seitdem hat Pat. sich nicht mehr vorgestellt.

Eine Durchsicht der angeführten Krankheitsfälle zeigt, daß die von Dohi angegebene Paste selbst in akuten Fällen, z. B. Eczema intertriginosum und Dysidrosis, relativ reizlos ist und auch bei den parasitären, z. B. Sycosis parasitaria und Skabies, ziemlich antiparasitisch zu wirken scheint, während bei anderen chronischen Dermatosen, wie bei chronischem Ekzem, Gewerbeekzem, Eczema pruriginosum und Eczema seborrhoicum, die wesentliche Wirkung des Teers an den betreffenden Herden als erfolgreich zu bezeichnen ist.

Auf Grund meiner jetzigen Erfahrungen komme ich zu folgenden Schlüssen:

Die Teerpaste nach Dohi ist indifferent, selbst in akuten Fällen relativ reizlos, während sie für chronisch infiltrierte Haut als energisches Reduktionsmittel und auch gegen die Parasiten als hervorragendes Antiparasitikum wirkt.

Die therapeutische Anwendung dieses Präparates erstreckt sich demgemäß auf ein weites Gebiet. Seiner leichten Anwendbarkeit und seines raschen Erfolges wegen empfiehlt sich die Dohische Paste besonders für die poliklinische, kassenärztliche, sowie für die militärärztliche Behandlung.

Kontraluesin zur Therapie der Syphilis.

Von

Dr. Ed. Richter, Plauen i. V.

Die Kolloidchemie, dieser jüngste Zweig der chemischen Wissenschaft, erlangt auch für unsere biologisch-medizinischen Disziplinen eine große Bedeutung. In Anbetracht der kolloidchemischen Vorgänge, wie sie in unserem Körper so vielfältig vorkommen, habe ich seit vier Jahren an einem Präparat kolloider Natur gearbeitet, welches gegen die Lues gerichtet ist und welches ich aus diesem Grunde Kontraluesin genannt habe.

Drei Grundlagen haben zur Herstellung dieses Präparates geführt, von denen die erste die wichtigste ist. Nachdem ich gefunden hatte, daß sich aus Chinin und Salizylsäure auf Umwegen und durch chemische Behandlung ein neuer chemischer Körper gewinnen läßt, welcher zu Farbstoffen, Metallhydroxyden, Metallsalzen, Blutfarbstoff und anderen Substanzen stark avide Eigenschaften hat, habe ich diesen Körper zur

Digitized by Google

Hauptgrundlage der Kontraluesindarstellung gewählt. Wir wissen ja, daß das Gebiet der Färbungen und das der Toxinbindungen gleiche Wesensmomente zu haben scheint, hat ja z. B. Bordet die Immunreaktion mit der Färbung der Faser durch Farbstoffe verglichen. Die Frage ob Farbstoff- bez. Toxinbindungen auf physikalischen Adsorptionen oder chemischen Bindungen beruhen, ist noch keineswegs gelöst. Ich für meine Person glaube, daß es sich vielfach bei den besagten Vorgängen um reine Additionsverhältnisse handelt, wie sie in der organischen Chemie bei Aldehyden, Nitrilen, Olefinen, ungesättigten Säuren und dem Benzol beobachtet werden. Jedenfalls hatte man bisher noch keinen Körper, an dem man die physikalisch-chemischen Bindungen genau studieren konnte. Man hat diese Beziehungen zwischen Adsorbens und adsorbiertem Körper mehr an pulverförmigen Stoffen studieren müssen. Zu diesen immerhin groben Experimenten gebe ich hier ein paar Beispiele. Saurer Kaolin adsorbiert nach Michaelis nur basische und amphotere Farbstoffe, die basische Tonerde nur saure Farbstoffe. Eine Kieselsäuregallerte in Fuchsinlösung gebracht, adsorbiert den Farbstoff so fest, daß er selbst durch Auswaschen nicht mehr frei wird. Kieselgur ist imstande aus einer Mischung der proteolytischen Enzyme der Milz die α-Protease in beträchtlicher Menge aufzunehmen, nicht aber die β-Protease. Holzkohle adsorbiert beide. Kieselgur, Tonerde, Fibrin nehmen Pepsinogen auf, dieses wird aber nicht von Stärke oder Sand adsorbiert. Kaolin, Cholesterin, Palmitinsäure adsorbieren Tetanustoxin. Freundlich fand, daß Kohle oder Arsentrisulfid Strychninsalze aufnimmt. Wir sehen also aus obigen Beispielen eine gewisse Mannigfaltigkeit der Adsorptionen, jedoch sind die Befunde immerhin noch so spärlich und so wenig systematisiert, daß ich glaube, es lassen sich mit Hilfe des von mir hergestellten neuen chemischen Körpers wesentliche Fragen auf dem Gebiete der Farbstoff- und Toxinbindungen lösen. Ich begnüge mich an dieser Stelle mit dem Gesagten und werde später über den weiteren Ausbau der Versuche Genaueres berichten.

Ein zweiter Gesichtspunkt für die Herstellung des Kontraluesin war der, daß bisher ein medizinisch brauchbares Quecksilberkolloid nicht hergestellt worden ist. Weder die elektrische Herstellungsweise von Bredig und Bilitzer noch die chemischen von Svedberg, Lottermoser und von v. Heyden haben ein wirklich brauchbares Hydrargyrum kolloidale zuwege gebracht. Medizinisch scheint es mir, daß Quecksilbergele, also Quecksilberausflockungen lange nicht so wirksam sind, wie kolloidales Quecksilbersol. — Während die bisherigen Methoden mit äußerst verdünnten Lösungen (1 : 1000 und zu 10000) arbeiteten und während die chemischen Methoden auf ätzende und giftige Zusätze, Alkali- und Säure-

Digitized by Google

zusätze als Reagenzglasmethoden nicht Rücksicht nahmen, habe ich bei meinen Herstellungen hochgespannte sozusagen gesättigte Quecksilberlösungen zur Herstellung verwendet und die serienweise gewonnenen Herstellungsprodukte in eindringlicher Arbeit für den menschlichen Körper adaptiert. In diesen gesättigten Lösungen oder Kollutionen, wie ich diese Lösungen gegenüber den wahren Solutionen bezeichne, ist das disperse Quecksilber, also das Quecksilbersol, äußerst fein verteilt. Während das in den Ampullen befindliche Reservequecksilber, welches langsam peptisiert wird, zu den gröberen Suspensionen gehört, sind die Quecksilbersolpartikel der kolloiden Lösungen Teilchen des ultramikroskopischen Gebietes. Ihre Größe reicht also von 1 μ bis 20 μμ, darunter sprechen wir ja von den unsichtbaren Amikronen. Alle Größen, von der absoluten Größe der Moleküle durch das ultramikroskopische Gebiet hinüber in das mikroskopische, sind in dem Präparat enthalten, dabei ist der kolloide Zustand so labil, daß durch Kondensation die Ausflockung des Quecksilbergels in bestimmten Lösungen erreicht werden kann. Grasgrüne kolloide Lösungen scheinen feinere Submikronen zu haben als weinrote Lösungen. Im mikroskopischen Bilde sieht bei diffusem Licht das ausgeflockte Metallsol genau wie Kokken oder Diplokokken aus, im Dunkelfeld mit Nernstlicht zeigt ein Tropfen der klaren Kollution Milliarden von Submikronen, gewisse Kügelchen von ca. 0,65 μ — 0,75 μ Größe erstrahlen dabei rötlich, alle anderen Körnchen sind hell lichtbrechend und stark glänzend. An ihnen sieht man ferner die Brownsche Bewegung und das Zsigmondysche Aufblitzen. Mit dem Huyghensschen Okularmikrometer lassen sich Größen von 1 μ bis hinab zu den Amikronen abschätzen.

Mittels der von mir gefundenen Darstellungsmethoden ist es mir möglich fast jedes Metall in medizinisch brauchbare Kolloidform zu bringen. Wie diese neuen Formen wirken, muß natürlich erst erforscht werden. Jedoch glaube ich, daß speziell die Kolloide von Gold und Silber bei Eiterungen, fötiden Prozessen und in besonderer Darstellung bei Tuberkulose wirken können. Bei der Behandlung der letzteren benutze ich ein von mir hergestelltes Gold-Silber-Kreosot — jetzt versuchsweise.

Ein drittes Prinzip bei der Herstellung des Kontraluesins habe ich damit herangezogen, daß ich nicht allein das Quecksilber, sondern auch seine Amalgame verwendete, und zwar habe ich im besonderen in dem Präparat Gold zur Amalgamierung herangezogen. Über andere Amalgame, Palladium, Silber, Bismut, Magnesium, Rubidium, Lithium usw. muß ich mir weitere Berichte vorbehalten. Die Verwendung des Radiums und radioaktivierter Stoffe hat mir zunächst noch keine wesentliche Vorteile

Digitized by Google

gebracht. Das Studium der Amalgame halte ich auch weiterhin für wichtig.

Meine weiteren Absichten mit dem Präparat suchte ich dadurch noch zu verwirklichen, daß ich in der Lösung des Dispersionsmittels noch andere bakterizide Körper, außer Salizyl und Chinin, Sozojodol und Arsen zur Anwendung brachte. Ich verweise in dieser Hinsicht auf meine letzte Arbeit in der Dermat. Woch., 1913, Nr. 30.

Bespreche ich nun die physiologisch-chemische Ausnützung, d. h. also die Resorption und Wirkung des Präparates, so scheint der kolloide menschliche Körper gerade des kolloiden Hg's zur Luesbehandlung zu bedürfen. Das kolloide Eiweiß spielt in unserem Körper bekanntlich eine Doppelrolle. — In seinen chemischen Reaktionen ist es als amphoter reagierende polymerisierbare Aminosäure aufzufassen; aber dazu tritt noch die gewaltige kolloide Oberflächenwirkung, welche es als disperses System entfaltet.

Aus der Agrikulturchemie wissen wir, daß die Hydrogele des Ackerbodens düngende gelöste Stoffe, Farbstoffe usw. adsorbieren, um sie der Pflanze als Baumaterial zuzuführen. Ebenso ist das Protoplasma deswegen kolloid, weil es adsorbieren soll. Dabei kann es aber elektiv zu Werke gehen, ebenso wie die kolloiden Humussubstanzen, z. B. Phosphorsäure, nicht aber Salzsäure, Salpetersäure und Schwefelsäure adsorbieren usw.

Die Resorption eines einverleibten heterogenen Stoffes, wie es das Hg-Kolloid ist, wird sich selbstverständlich an physiologische Gesetze halten, jedoch wird eine große Mannigfaltigkeit bei der resorptiven Auswertung des aufzuschließenden heterogenen Körpers in seinem Verhältnis zu den einzelnen Körperzellen zu bedenken sein. Erstens können sich zwichen den Flächen des Metallhydrosols, den Flächen des Blutes, des Serums und der Lymphe, den Flächen der Zellen und des Infektionsträgers mit dem Hg-Sol neue organische, lösliche oder unlösliche Körper dauernd oder vorübergehend bilden, es können sich in den Zellen und um die Zellen Additionskörper bilden, die dialytisch die Zellen passieren oder es können die Toxine der Infektionsträger direkt gebunden werden usw. Die Organoverbindungen des Quecksilbers mit Kohlenwasserstoffen, Stickstoff, Ammoniak und Hydrazin, mit den aliphatischen Körpern und Benzolkörpern sind ja — das wissen wir — so mannigfaltig, daß tausenderlei Möglichkeiten gegeben sind. Bekannt ist dabei, daß das Quecksilber bei diesen Bindungen seine Metallnatur so gut wie völlig verliert. Unbekannte kolloidchemische Umwertungen können wir vorläufig nur ahnen.

Ein weiterer Gesichtspunkt käme durch die Beeinflussung der Blut-

Digitized by Google

körperchen und der Phagozyten zur Geltung. Der Einfluß von dünnen Metallhydrosolen auf die Produktion von Blutkörperchen ist von Stodel und Philippi studiert worden, und zwar mit folgenden Ergebnissen: Die roten Blutkörperchen und mehr noch die weißen vermindern sich anfangs, dann aber vermehren sich beide kräftig. Die Injektion führt schließlich zu einer entschiedenen Zunahme der roten Blutkörperchen, am wirksamsten seien Silber, Kupfer und Quecksilber. Die Tätigkeit der phagozytären weißen Blutzellen gegenüber dem Quecksilbersol können wir uns in folgender Weise veranschaulichen: entweder dienen die weißen Blutzellen als Transportatoren des ultramikroskopischen Hg im physikalischen Sinne, oder sie bestimmen durch ihren Chemismus und ihren Zerfall das weitere Schicksal des Hg-Kolloides. Im mikroskopischen Bilde sieht man öfters vielfach zerfallene weiße Blutkörperchen auftreten. Der Zellenleib der weißen Blutzelle könnte ferner morphologisches Hg und morphologisches Krankheitssubstrat in sich zusammenbringen und chemisch aufeinander wirken lassen. O. Gross und Connor beobachteten eine sofortige Vermehrung der polynukleären Leukozyten nach Injektionen von kolloidem Silber, Kupfer oder Quecksilber. Phillipi beobachtete ferner, daß kolloides Ag, Cu und Hg bei der Zirkulation im Organismus die Phagozytose mächtig steigere (Hoffmanns Blut- und lokale Hauteosinophilie).

Alle diese Beobachtungen und Möglichkeiten liegen vor, aber alle diese Möglichkeiten des therapeutischen Effekts treten nach meinen Wahrnehmungen gegen das eine Moment zurück, welches mir von großer Wichtigkeit zu sein scheint, weil es neue Schlußfolgerungen für die Luesbehandlung, Physiologie und Biologie und neue Perspektiven für die Arzneimittelwirkung eröffnen könnte.

Gehen wir von der einen Überlegung aus, daß die weiße Blutzelle 4—13 μ im Durchmesser groß ist, und mit dieser Größe die Interzellularräume der Blutgefäßzellen passieren kann, so wäre es doch eigentlich ganz selbstverständlich, wenn wir Submikronen und Amikronen, welche hundert- und tausendfach kleiner sind, die Gefäßwände ebenfalls passieren sehen würden, oder sie vom Lymphstrom fortbewegt innerhalb des Blutes wiedersehen würden. Die Brownsche und Zsigmondysche Bewegung und der Auftrieb, welcher durch Druck und Körperwärmeverhältnisse nach der Injektion entsteht, müßten es den kolloiden Partikelchen zur Leichtigkeit machen, bis in die Blutbahn vordringen zu können, um von dort aus an die Orte weiterer Remanenz (Haut, Leber, Milz) geführt zu werden oder im Blute bereits ihrem weiteren chemischen Schicksal anheim zu fallen. Die Elementarkörnchen, der Blutstaub oder Hämokonien des Blutes werden als Zerfallsprodukte von Blutkörperchen und Blut-

Digitized by Google

plättchen angesprochen, teils auch als feinst verteiltes Fett (Neumann, Neisser und Bräuning). Ich glaube, wir werden diesen Befunden über die Elementarkörnchen noch wesentliche Untersuchungen ultramikroskopischer Art hinzuzufügen haben, bei denen wir auch kolloides Kalzium zu berücksichtigen haben. Denn die Vermehrung von Elementarkörnchen stark lichtbrechender Natur von weißer, grüner und rötlicher Färbung, welche ich nach öfteren Kontraluesineinspritzungen beim Menschen bis zu 24 Stunden nach der Injektion und beim Tierversuch bis zu 2 Stunden darauf auftreten sah, stehen mit Auftreten von Hg-Submikronen im Blute in Zusammenhang. Kaninchen, welchen man das Kontraluesin intramuskulär injiziert hat, bieten in der Zeit von $1^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden nach der Injektion ein Blutbild dar, welches ich auf die Resorption von Submikronen zurückführe. Zur Blutentnahme für die mikroskopischen Zwecke benutzte ich eine feine Stichöffnung an der Nasenseptumhaut der Tiere. Das ultramikroskopische Quecksilber scheint 4—9 Stunden nach der Injektion schon wieder aus dem Blut eliminiert zu sein und in andere Organe abgeführt zu sein; wenigstens findet man es dann nicht mehr im Blut der Versuchstiere, sondern eine große Menge findet sich in Leber und Milz, und ich vermute — auch an den Stellen des geringsten peripherischen Druckes — also in der Haut, welche alsdann als eine Hg-Apotheke, ein Hg-Revervoir zu betrachten wäre. — Wer die Injektionsstellen injizierter Tiere nach 2 oder 3 Tagen einmal untersucht hat, ja nach einigen Stunden, wird makroskopisch eine glatte Resorptionsstelle im Muskel vorfinden, welche keine Spuren von Entzündungen zeigt. Mikroskopisch aber bei Dunkelfeldbeleuchtung werden ihm die Bilder von der Injektionsstelle alles das noch mehr verdeutlichen, was ich eben bzw. der Resorption der Submikronen gesagt habe. 2 Stunden nach der Injektion fand ich übrigens das arterielle Herz und die Milz, nicht die Leber am meisten Submikronen enthaltend, nach ca. 4 Stunden die beiden letzteren Organe.

Weitere Versuche und Nachprüfungen werden wahrscheinlich die Richtigkeit meiner Anschauungen bestätigen und aus dieser Bestätigung könnten sich wichtige Schlüsse auf mancherlei Fragen von selbst ergeben. Folgende Gesichtspunkte kommen in Betracht: Wie lange ist die Remanenz der kolloiden Quecksilberteilchen im Blute oder im Körper des Menschen? Werden sie als solche aus den Nieren und aus dem Darm ausgeschieden oder treten sie teils in komplexe chemische Bindungen ein? Töten sie die Spirochäten direkt? Ist das Nichtrezidivieren einer Lues von der eventuellen Remanenz der kolloiden Teilchen im Körper abhängig? Müssen wir weiter behandeln, wenn der Remanenzvorrat erschöpft ist? Müssen wir bei der Wassermannschen Reaktion eines mit Kontraluesin behandelten Luetikers mit diesen Quecksilbersubmikronen rechnen? Hängt

Digitized by Google

das Negativwerden der Wassermannschen Reaktion von dem Auftreten bestimmter artifizieller oder hervorgelockter Hämokonien ab? Spielt das Kalzium des Serums dabei im kolloiden Zustand eine Rolle?

Zwei Unterschiede fand ich oft im mikroskopischen Bilde (im Blut aus der Fingerbeere) zwischen normalem Blut und Luetikerblut, bei letzterem nach Kontraluesinbehandlung, aber auch im Blute von Kaninchen, welche mit Kontraluesin injiziert waren, nämlich die beschriebene Vermehrung der Submikronen und fernerhin oft zwischen den konglomerierten Blutkörperchengruppen eine ungeheuere Anhäufung von feinen gestrichelten Linien. — Gleich hier möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die Hydrosole von Silber, Blei, Quecksilber, wie Askoli fand, hämolytischen Charakter haben; auch Bechhold beobachtete starke Hämolyse, wenn man Blut mit einem Tropfen Quecksilber zusammenbringt. Diese hämolytische Eigenschaft des Quecksilbers wäre ebenfalls bei der negativen Wassermannschen Reaktion in Betracht zu ziehen.

Die Ausnützung der Oberflächenenergien von Quecksilbersubmikronen erläutern uns zwei Beispiele: Wird eine Kugel von 1 cm Durchmesser, welche eine Oberfläche von ca. 3 qcm hat, in hunderttausend Kügelchen zerteilt, so haben letztere eine Gesamtoberfläche von 30 qm. — Wird ein Goldwürfel von 1 cm Seitenlänge in einer kolloiden Lösung so verteilt, daß jedes Teilchen 1 μ Seitenlänge hat, so haben diese Teilchen eine Gesamtoberfläche von 600 qm. Da nun aber Submikronen eine Teilchenlänge von 1 μ bis 1 μμ darstellen, so vermehren sich die Oberflächen von Milliarden von Sub- und Amikronen ins Ungeheure, zumal, da die äußere Oberfläche unseres Körpers von ca. $1^1/_2$ qm dagegen nur verschwindend gering ist. Milliarden von Hg-Teilchen im Blute werden also, wie oben schon geschildert, chemisch wirken können, ferner aber auch nach dem Gesetz der Oberflächenadsorption und ferner nach dem Massenwirkungsgesetz, welches besagt, daß die Konzentration der reagierenden Molekeln proportional ist der Reaktionsgeschwindigkeit. Je mehr vielfache wirksame Kräfte das in Anwendung gebrachte Mittel also enthält, desto besser. Neisser drückt dies praktisch in folgendem Satz aus: „Wir haben in der Tat aus allen bei der Syphilis wie bei der Trypanosomerkrankung gemachten Erfahrung Berechtigung zu der Annahme, daß die Vernichtung der Spirochäten um so schneller, sicherer und nachhaltiger gelingt, je größere Einzelschläge wir ihnen durch Gegenmittel versetzen können. Dadurch ja auch die zweifellos ausgezeichnete und über alle anderen Mittel hervorragende Wirkung der Kalomelinjektionen, bei denen wir ja nicht weniger als 0,85 g Hg auf einmal injizieren."

Das Wort „können" berücksichtigt gleichzeitig gewisse Grenzen, welche der Einverleibung eines heterogenen Stoffes gezogen sind.

Digitized by Google

Man könnte den Satz in bezug auf die Submikronen des Kontraluesins vielleicht auch so ausdrücken: Sind Milliarden von Submikronen und Amikronen in dem Mittel enthalten, welche den Milliarden von Syphiliserregern zu Leibe rücken, so müßte zweifellos der Kampf zwischen Medikament und Infektionsträger zugunsten des ersteren ausfallen, solange wir die Submikronen numerisch im Übergewicht in den Körper schicken können. Um ein grobes Bild zu gebrauchen: Wenn jeder Infektionskeim seine Flintenkugel nur in einer Submikrone findet, so müßten die Spirochäten alle getötet werden. Betrachten wir die beiden Gegner, Submikronen und Spirochäten innerhalb der Blutbahn von einem anderen Gesichtspunkte her, so ist es interessant, festzustellen, daß ungeformte und geformte Fermente sich gegenüberstehen, denn für die kolloiden Metallsole hat Bredig in seiner Arbeit über Platinsole und andere Metallsole das Wort anorganische Fermente angenommen, wobei bestimmend gewesen ist, daß feinst verteilte Metalle und Fermente gewisse Analogien zeigen; diese Analogien sind in den katalytischen Kontaktwirkungen der anorganischen und den Fermentwirkungen der organischen Welt zu suchen. Wie sich im besonderen anorganisches Ferment und organisches Ferment bzw. dessen Produkte gegenseitig anziehen, wird aus weiteren Beobachtungen hervorgehen, wahrscheinlich ist es, daß sich physikalische und chemische Einwirkungen, da sich ja Oberfläche gegen Oberfläche gegenübersteht, zu gleicher Zeit abspielen. Die Oberflächenentwicklung der Infektionsträger bei den Infektionskrankheiten ist ja eine ungeheure; ihnen gegenüber muß auch die Oberflächenentwicklung der Submikronen eine ungeheure werden; denn nicht der einzelne Krankheitskeim, also das einzelne Infektionsindividuum schafft die Krankheit, sondern die brutale milliardenhafte Vermehrung und somit die Vermehrung der chemischen vergiftenden Oberflächen.

Soweit von den bisher bekannten, äußerst dünnen, kolloiden Hg-Präparaten bekannt ist, wirkt nach Stodel kolloides Hg in einer Verdünnung von 1 : 132000 noch entwicklungshemmend auf Typhus und Staphylokokken; auch ist kolloides Quecksilber nach Stodel viel weniger giftig als seine Salze. Wenn also Bechhold in seinem Buch: Die Kolloide in Biologie und Medizin, 1912, sagt: es sei von der kolloiden Lösung keine erhebliche Verschiedenheit im Erfolg zu erwarten wie von der grauen Salbe, so ist diese Abfertigung nur auf die Präparate kolloiden Hg's zu beziehen, welche Bechhold bis 1912 kannte. Wenn Bechhold also schreibt: „Wir können hier auch die Versuche mit kolloidem Hg übergehen, das hauptsächlich bei Lues angewandt wurde und eine spezifische Wirkung ähnlich anderen Hg-Präparaten zeigt," — so glaube ich durch meine Darstellung gezeigt zu haben, welche wissenschaftliche und

Digitized by Google

praktische Wichtigkeit der Behandlung mit kolloidem Hg zugeschrieben werden kann. Der Vergleich, welchen Bechhold mit der grauen Salbe zieht, veranlaßt mich zu einem Vergleich der altersschwachen Schmierkur mit der Kontraluesininjektionskur. Richten wir uns nach den Befunden, welche Fürbringer und später Neumann hatten, nämlich, daß man in den Ausführungsgängen der Schweiß- und Talgdrüsen das Hg in Körnchenform von mikroskopischer Größe histologisch nachweisen kann. Da wir demgegenüber wissen, daß mit einer Injektionskur von Kontraluesin Milliarden von Submikronen in den Körper geschickt werden und da wir sehen, daß die Gesamtoberfläche dieser Submikronen zusammen Tausende von Quadratmetern ausmacht, so können wir uns erläutern, daß die graue Salbe auf der Haut verrieben nur eine Oberfläche von ca. 1 qm bestreicht, weil Kopf, Hals, Hände und Füße freibleiben. Gesetzt den Fall, wir rieben in sämtliche Knäueldrüsen, deren Anzahl ja ca. $2^1/_2$ Millionen beträgt, Quecksilberpartikelchen von mikroskopischer Größe in die Haut hinein, so würden diese $2^1/_2$ Millionen erst im Laufe von 8 Tagen voll erreicht, da ja die Schmierkur so lange dauert; ferner wären diese Quecksilberpartikelchen mit ca. 66% Fett vermischt und ferner wäre die Resorption auf keinen Fall im Sinne obiger Anzahl garantiert. Dem Prinzip nach kann die Schmierkur also kein Mittel sein, das den Arzt befriedigt. Geht es überhaupt nach dem Verteilungsgrad, so müßten kolloide haltbare Präparate an die Spitze der Hg-Präparate treten können.

In den Kontraluesinpräparaten beträgt die Quecksilbermenge jetzt pro Ampulle von $1^1/_2$ ccm 0,14 Hg, also ca. 8%. Die früheren kolloiden Quecksilberpräparate anderer Autoren enthalten ungefähr 1 : 1000. Bei 135 Pfund Körpergewicht käme bei Kontraluesinbehandlung ca. 1 Milligramm disperses Hg auf 1 Pfund nacktes Körpergewicht, 1,1 Milligramm mit Kleidung. Diese Gesamtmenge von 1 Milligramm pro Pfund gilt mir quantitativ als Desinfektionsoptimum. Ich gebrauche für den ersten Turnus 4—5 Spritzen und dann im Laufe von ca. 1—4 Monaten noch 4. Die Injektionen werden intraglutäal verabreicht. In bezug auf die von mir angewandte Technik verweise ich auf meine Arbeit in der Dermatologischen Wochenschrift, 1913, Nr. 30. Den weiteren Ausbau der Anwendungsmethode, auch bzw. Abortivkur, möchte ich dem erfahrenen Blick fachmännischer Herren überlassen.

Es ist meine Absicht, über den Wert des Kontraluesins nicht allein zu entscheiden, sondern ich möchte mich hierbei dem Urteil autoritativer Fachleute beiordnen. In diesen Zeilen kam es mir wesentlich darauf an, die wissenschaftlichen Fragen in den Vordergrund zu stellen. Eins kann ich aber hier noch mitteilen, nämlich, daß ich selbst bisher 234 Fälle mit Kontraluesin behandelte, ohne einen Versager zu erleben. Nach An-

Digitized by Google

sicht vieler prüfender Herren vom Hautfach wirkt das Präparat Kontraluesin schnell auf syphilitische Symptome, beeinflußt gut die Wassermannsche Reaktion, es läßt sich mit Salvarsan kombinieren, es wirkt auf Fälle, welche gegen sonstige Behandlung refraktär sind, es läßt sich schadlos während der Gravidität anwenden — es wirkt nicht schädlich und bei ca. 4000 Injektionen wurde bisher nie ein Todesfall gesehen — das Schwerste, was ich an Schädigungen eintreten sah, waren leichte Zahnfleischreizungen. Eine schwere Stomatitis gehört nach meinen Erfahrungen und nach meiner jetzigen Behandlungsmethode zu den größten Seltenheiten. Ich glaube, indem ich auch den Wert des Salvarsans bei der Luestherapie vollauf würdige, daß der Satz Toutons in seiner Arbeit, Berl. klin. Wochenschr., 1913, auch für weitere Zeiten Geltung behält: „Das Quecksilber ist vorläufig das sicherste und — wenn richtig angewandt — auch ein mit Rücksicht auf die Verträglichkeit seitens des menschlichen Organismus ausgezeichnetes Heilmittel der Syphilis, also der Krankheit selbst, nicht nur ihrer Symptome."

Schließlich will ich noch erwähnen, daß von vier prüfenden Stellen allein bereits ca. 750 Fälle mit Kontraluesin behandelt wurden. Über die dabei gesammelten Erfahrungen bzw. Resorbierbarkeit, Wirksamkeit, Rezidive, Abortivbehandlung werden diese und andere Stellen berichten.

Für die Mitteilung ihrer Befunde und Förderungen meiner Bestrebungen danke ich an dieser Stelle allen in Betracht kommenden Herren.

Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Julius Fürth: „Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin."

Von

Dr. Ed. Richter, Plauen i. V.

In Nr. 43 dieser Wochenschrift hat Herr Dr. Julius Fürth Stellung genommen zu der Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin. Es wäre schade um die Zeit von vier Jahren gewesen, welche ich der Herstellung des Präparates Kontraluesin gewidmet habe, wenn andere Herren und ich zu den gleichen Resultaten gekommen wären, wie sie Hr. Fürth in seiner genannten Arbeit vertritt. In diesem Aufsatz, welcher eine Schilderung der Prüfung des Kontraluesins sein soll, vermisse ich zunächst den guten Willen, den Forderungen zu folgen, wie ich sie selbst als minimal nötig hingestellt habe.

Wenn Hr. Fürth schreibt: „Bei der Erprobung des Kontraluesins hielten wir uns strikte an die von Richter angegebene Injektionstechnik," so mag dies richtig sein, soweit ich es von hier aus beurteilen kann.

Digitized by Google

Wenn aber Hr. Fürth in demselben Absatz schreibt: „Die Injektionen wurden wöchentlich einmal verabreicht," so folgt er nicht den Forderungen, welche von mir in den Verhaltungsmaßregeln zu Kontraluesin aufgestellt sind. In diesen Verhaltungsmaßregeln steht deutlich: Alle fünf Tage wird injiziert. Ferner aber schreibt Hr. Fürth: „Im ganzen gaben wir vier Injektionen von je 1 ccm des Präparates." Diesem Vorgehen gegenüber, von der $1^1/_2$ ccm-Ampulle nur 1 ccm Injektion zu gebrauchen, kann ich nur sagen, daß ich diese Injektionsverabreichung als ungenügend betrachte, ja, noch mehr, daß ich sie bez. individueller Therapie als vollkommen verfehlt betrachte. Auch nicht einmal schematisch hat Hr. Fürth konsequent gehandelt, denn von den fünf Fällen, die als maßgebend herausgestellt werden, erweist sich der erste als nicht vorschriftsmäßig injiziert, insofern als zwischen dritter und vierter Injektion 12 Tage liegen; bei dem vierten Falle liegen zwischen zweiter und dritter Injektion sogar 14 Tage, dabei kehrt in den Krankengeschichten der fünf Fälle von 1—5 folgende Notiz wieder: Exanthem wesentlich abgeblaßt, Exanthem im Rückgang, Exanthem blässer, Exanthem im Abblassen. Hr. Fürth mußte sich doch sagen, daß gerade aus diesem Abblassen des Exanthems (nach Verabreichung von ca. 3—4 ccm Kontraluesin) geschlossen werden konnte, daß seine Behandlungsform nicht qualitativ, sondern quantitativ ungenügend war, wie ich es ihm vorhin schon aus seinen eigenen Angaben nachweisen konnte. Zu welchem Zweck Hr. Fürth überhaupt die von mir verlangte 2 ccm-Spritze benutzt, wenn er nur 1 ccm injizieren will, ist nicht erkenntlich.

Zunächst muß verlangt werden, daß alle fünf Tage injiziert wird und zwar alle fünf Tage $1^1/_2$ ccm Kontraluesin. Auch aus dem dritten Fall, wo Fürth Herxheimersche Reaktion beobachtet hat, mußte er schließen, daß er zu wenig injiziert habe, denn jede Herxheimersche Reaktion weist auf ungenügende Behandlung hin. Ich selbst habe an meinen 214 Fällen nie eine Herxheimersche Reaktion bemerken können. Im Gegenteil, entweder kam das Exanthem gar nicht zum Ausbruch, oder es wurde, wenn es bereits vorhanden war, gleich günstig beeinflußt. Sollte mir die Reaktion einmal vorkommen, so würde ich daraus zu schließen haben, daß ich um so eindringlicher behandeln muß. Unter den zahlreichen Beobachtungen, welche mir im Laufe der Zeit von den eindringlich prüfenden Herren übermittelt wurden, stehen die Beobachtungen Fürths einzig da, und bei einer mündlichen Unterredung mit Hrn. Fürth in Wien hat mir Hr. Fürth selbst gesagt, daß er von den Erfolgen anderer Herren wüßte, und daß wohl in seiner Behandlung eine Fehlerquelle sein müßte. Nach heutiger Kenntnisnahme seiner Fälle sehe ich diese Fehlerquelle einzig und allein in seiner ungenügenden Behandlungsmethode und nicht in dem Präparat selbst.

Wenn andere Herren mir seit Jahren nur einigermaßen ähnliche Befunde zu erkennen gegeben hätten, so wäre es nicht der Mühe wert gewesen, von mir aus das Präparat publizistisch bekannt zu geben. Entgegen den Worten Fürths, er hätte sich präzise an meine Vorschriften gehalten, muß ich also feststellen, daß er dies nicht getan hat.

Das Präparat Kontraluesin scheint nicht allein wert zu sein, wissenschaftlich studiert zu werden, indem das darin enthaltene ultramikro-

Digitized by Google

skopische Quecksilber mit seinen Submikronen besonderen Resorptionsmöglichkeiten zu unterliegen scheint, sondern die Erfahrungen nahmhafter Praktiker, von denen einzelne Hunderte von Fällen behandelt haben, ergeben gerade das Gegenteil von dem, was Fürth gefunden haben will. Der Vergleich Fürths des Präparates Kontraluesin mit Hermophenyl scheint mir einzig und allein darin gipfeln zu wollen, die Befunde anderer Herren und die meinen als nicht richtig hinstellen zu wollen, denn ein ernsthafter Vergleich von Hermophenyl mit Kontraluesin kann beim besten Willen nicht gefunden werden. Hermophenyl ist Natriumquecksilberphenoldisulfonat, und Kontraluesin ist ein kolloides Goldamalgam, welches das Quecksilber in mikroskopischen und submikroskopischen Partikelchen enthält. Die Größe der Submikronen zieht sich hinunter bis in das Gebiet der Amikronen. Daß die Herstellung solcher Quecksilberkolloide ganz besondere Schwierigkeiten macht, geht daraus hervor, daß sie anderen Stellen bisher überhaupt nicht gelang. Den Endzwecken meiner Methode so nahe als möglich zu kommen, hielt ich in intensiver Arbeit bisher für meine Pflicht. Das einzige also, was ich zugunsten Hrn. Fürths hier mitteilen kann, ist, daß einzelne Serien des Präparates — und ich habe von der 26. Hauptserie jetzt die 174. Nebenserie erreicht und im ganzen ca. 14000 Präparate hergestellt — manchmal geringe Schwankungen um die Mittellinie zeigen mußten, ohne daß die verbessernde Bestrebung sich effektiv später als richtig erwies.

Der Vergleich mit Hermophenyl wird Hrn. Fürth deshalb nicht gelingen, weil die Beobachtungen anderer Herren folgendes ergeben: Das Kontraluesin tötet rasch die Spirochäten. Es beeinflußt schnell und oft dauernd die Blutreaktion. Es wirkt schnell auf die klinischen Symptome. Es läßt sich mit Salvarsan kombinieren. Es wirkt ferner in Fällen, wo andere Quecksilberpräparate zusammen mit Salvarsan sich als wirkungslos erwiesen. Es wirkt bei Lues maligna. Es wirkt nicht schädigend bei Gravidität. Das Mittel ist von den verschiedensten autoritativen Stellen für äußerst brauchbar erklärt worden. Ich selbst habe noch nie einen Fall gesehen, der überhaupt nicht auf Kontraluesin reagiert hätte.

Ich habe nie meine Befunde in den Vordergrund gedrängt, weil ich mich einzig und allein der Sachlichkeit jener prüfenden Herren anvertrauen konnte, welche mit dem Kontraluesin schon lange nunmehr arbeiten. Die mindeste Beurteilung, die mir bisher über das Kontraluesin zuteil wurde, ist die, daß das Kontraluesin verglichen wurde mit Quecksilbersalizyl und grauem Öl[1]). Ich glaube aber, ruhigen Gewissens behaupten zu können, daß das Kontraluesin das Salizylquecksilber übertrifft, denn wenn Hr. Fürth 12 Kontraluesininjektionen gegeben hätte — eine Zahl, die aber absolut nicht erreicht worden wäre — wie er jetzt noch 12 Hg-Salizylinjektionen gegeben hat, so würde er wohl zu verzeichnen haben, daß ein Effekt vom Kontraluesin früher aufgetreten wäre und die Fälle nicht noch in seiner Behandlung stünden.

Aus einer Methode therapeutisch das herauszuholen, was sie hergeben kann, kann nicht erreicht werden, wenn man sich nicht einmal

[1]) Vgl. Neisser in seinem Vortrag: „Salvarsan und Syphilis" (Berlin 1913, Springer) auf S. 11, Anmerkung.

Digitized by Google

wie FÜRTH nach einem minimalsten Behandlungsschema richtet. Ich selbst habe bisher nur die äußersten Grenzen der Methode angeben können, weil ich zunächst keine Schädigungen meiner Patienten hervorrufen konnte, durfte und wollte. Auch dieses aber geht aus den sehr zahlreichen Beobachtungen hervor, daß das Präparat, in richtigen Formen angewandt, keine Schädigungen setzt, daß es keine Veranlassung zu Todesfällen gibt, ja daß selbst Stomatitis ein selten auftretendes Vorkommnis ist.

Alles in allem ist Hr. FÜRTH, glaube ich, mit der Applikation der Injektionen vielleicht aus Vorsichtigkeitsgründen — und diese Gründe sind die wahrscheinlichsten — zu vorsichtig gewesen. Er mußte die Injektionsquantität fakultativ eventuell erhöhen, aber nicht erniedrigen. Das lehrten ihm seine Fälle.

Die Frage über die Wirkung des Kontraluesins wird demnächst wohl auch von den verschiedensten Seiten beleuchtet werden.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen.

Von

Dr. JULIUS FÜRTH, Wien.

Hr. Dr. RICHTER (Plauen) hat in seiner Erwiderung auf meine Publikation mehrere Vorwürfe gegen mich erhoben, die ich nicht unbeantwortet lassen kann. Zunächst möchte ich aus den bisher über „Kontraluesin" erschienenen Aufsätzen einige auf die Dosierung bezügliche Stellen wörtlich zitieren, die geeignet sind, den mir von Hrn. RICHTER vorgehaltenen Mangel an „gutem Willen" zu widerlegen. Hr. RICHTER selbst schreibt in „Dermatologische Wochenschrift" 1912, Nr. 39, S. 1218—1220: . . . Da nun das molekulare Hg einen chronischen, antibakteriellen Charakter besitzt, so sind also in einem Kubikzentimeter des Präparates drei Wirkungen vereinigt . . . Mit einer Injektion von einem Kubikzentimeter treten alle drei Wirkungen in Kraft . . . Die Injektionenzahl ist auf vier festgesetzt, es wäre aber wahrscheinlich, daß sie eventuell bis auf drei heruntergehen kann.

KLAUSNER berichtet in „Münchner medizinische Wochenschrift", 1913, Nr. 2, S. 62—63 wörtlich: „ . . . Will ich die Methode der Behandlung mit den Worten des Autors (Dr. RICHTER) wiedergeben. Punkt 1. Eine zwei Kubikzentimeter fassende Injektionsspritze. Punkt 2. . . . Die Ampullen enthalten 0,15 Hg in einem Kubikzentimeter Suspensionsflüssigkeit. . . . Bei den letzten zwei Injektionen werden gewöhnlich nur 0,7 ccm der Ampulle injiziert." Weiter unten heißt es dann: „alle Formen makulöser, papulöser und pustulöser Ausschläge zeigten gewöhnlich nach zwei bis drei Injektionen deutliche Rückbildung".

Es ist mir demnach, nach den hier angeführten Sätzen nicht erkenntlich, wieso Hr. Dr. RICHTER schreiben kann, daß ich nicht einmal schematisch vorgegangen wäre, da Hr. RICHTER, wie oben ersichtlich ist, Injektionen von nur einem Kubikzentimeter, ja sogar bei der dritten

Digitized by Google

und vierten Injektion nur von 0,7 ccm der Ampulle verlangt. Es war daher nicht meine Aufgabe, Erhebungen darüber zu pflegen, warum Hr. Dr. RICHTER für die Injektion von 1 respektiv 0,7 ccm Flüssigkeit eine zwei Kubikzentimeter-Spritze verlangt. Auch verstehe ich nicht, warum mir Hr. Dr. RICHTER einen meiner Fälle als „nicht vorschriftsmäßig injiziert" bezeichnet, weil zwischen der dritten und vierten Injektion ein Zeitraum von 12 Tagen liegt. Denn es heißt in den „Verhaltungsmaßregeln zu Kontraluesin" wörtlich: „Nach zirka 10—14 Tagen gebe man die vierte Injektion." Ich glaube damit bewiesen zu haben, daß der Vorhalt des Hr. Dr. RICHTER, ich hätte mich nicht präzise an seine Vorschriften gehalten, nicht stichhaltig ist. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß ein Präparat, welches bei achttägigen Intervallen gar keine Wirkung hervorzurufen imstande ist, bei fünftägigen Intervallen angeblich so glänzende Wirkungen entfalten kann. Eher bin ich geneigt, zu glauben, daß gerade wir das Unglück gehabt haben, unter den vierzehntausend von Hrn. Dr. RICHTER hergestellten Präparaten nur solche bekommen zu haben, welche „bei den Schwankungen um die Mittellinie", wie Hr. Dr. RICHTER das bezeichnet, bedeutend unter der Mittellinie geblieben sind.

Da es in der Arbeit von KLAUSNER ausdrücklich heißt, daß RICHTER die Technik der Herstellung des Kontraluesin vollendet habe, konnte ich natürlich nicht annehmen, daß Hr. Dr. RICHTER in seiner „Erwiderung" statt der Injektionsquantität von 1 ccm und 0,7 ccm jetzt $1^1/_2$ ccm postulieren würde. Überhaupt scheint Hr. Dr. RICHTER die dem Präparate beigegebene Instruktion fortwährend zu verändern, was er in seiner Erwiderung verschweigt.

Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß ich mit meinem Aufsatz, auch was den Vergleich mit dem Hermophenyl anbelangt, keineswegs, wie Hr. Dr. RICHTER meint, den Zweck verfolgte, seine und die Befunde anderer Herren als nicht richtig hinzustellen. Es handelte sich mir nur darum, meine persönlichen Erfahrungen mit Kontraluesin zu veröffentlichen, sine ira et studio. Diese Erfahrungen haben gelehrt, daß trotz genauester Befolgung der Injektionsvorschriften Dr. RICHTERS und anderer Herren, die mit diesem Präparat gearbeitet haben, keinerlei Wirkung zu erzielen war. Daß dieser Mißerfolg nicht auf die von mir befolgte Technik, sondern auf das Präparat zu beziehen ist, ist wohl jedem Einsichtigen klar.

XI. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Wien, 19. und 20. September 1913.

Bericht von

Prof. Dr. G. NOBL, Wien.

(Schluß.)

Die anschließenden Vorträge, Diskussionsbemerkungen und Demonstrationen haben in vielfacher Hinsicht eine weitere Förderung des Wissensgebietes angebahnt.

Digitized by Google

KÖNIGSTEIN lieferte mit der Erörterung der Gewebsverhältnisse zweier Fälle einen Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatose. Ein eigenartiger Blasenausschlag war als Begleitphänomen eines durch die histologische Untersuchung von Drüsenpaketen verifizierten Falles zu verzeichnen. Diese toxische Eruption bot nichts Typisches für die Granulomatose. Zusammenfließende Hauttumoren, papulöse Schübe, Hämorrhagien in Verbindung mit diffusen Infiltraten steuerten im zweiten Falle zur Polymorphie des Krankheitsbildes bei. Sektion und histologische Untersuchung legten den primären Ausgangspunkt des Prozesses von der Haut nahe. ZIELER meint, daß die BOECKschen Sarkoide wohl ein charakteristisches, mikroskopisches Bild liefern, daß aber auch andere chronische Infektionskrankheiten mit ähnlichen Strukturformen einhergehen. Die gelegentliche Gewebsnekrose wird durch die Vernarbung in manchen Fällen belegt. Bei dem schwankenden Gewebsbau, an welchem bald rundzellig beschaffene Einzelherde, bald lymphoide Zellnester teilnehmen, glaubt ZIELER, der BOECKschen Krankheit bzw. dem Lupus pernio den Zusammenhang mit Tuberkulose nicht zuerkennen zu können.

C. LEINER und F. SPILLER gelangen bei der Fragestellung, ob man aus dem Vorhandensein der Tuberkulide im Kindesalter auf die Prognose der vorhandenen inneren Organtuberkulose einen bestimmten Schluß ziehen kann, zu der Annahme, daß eine Follikliseruption im Kindesalter die Verlaufschancen der Allgemeintuberkulose im ungünstigen Lichte erscheinen läßt. Von 23 zugehörigen Fällen starben zehn, von zwölf disseminierten Lupusformen drei, von fünf zerstreuten Skrophulodermaschüben nur einer. Die Differenzierung zwischen Folliklis- und Strophulusknötchen ermöglicht oft erst die PIRQUETsche Kutanreaktion bzw. das Tierexperiment. Disseminierte Lupusknötchen gelangen häufig zu Spontanheilung, verruköse Varianten persistieren.

F. LEWANDOWSKY spricht über die Hautimmunität bei Tuberkulose. Eine Serumimmunität konnte durch Transfusionsversuche nicht nachgewiesen werden. Die lokalen Phänomene der Haut bei Superinfektion erklären sich durch chemische, nicht angioneurotische Vorgänge. Mit dem Gewebssaft einer Reaktionsstelle bei Superinfektion konnte bei einem normalen Tier Kutanreaktion hervorgerufen werden. Mikroskopisch ließen sich bei der Abwehrreaktion zwei verschiedene Phasen erkennen: 1. eine stürmische, mit Nekrose einhergehende Frühreaktion, die zur mechanischen Abstoßung der hineingebrachten Tuberkelbazillen führt, 2. eine später einsetzende langsame Zerstörung von Tuberkelbazillenresten unter Bildung tuberkuloiden Gewebes. Die Haut eines tuberkulösen Tieres reagiert gegen die dem eigenen Organismus entstammenden Tuberkelbazillen mit Überempfindlichkeitserscheinungen.

HARTTUNG zeigt ein kräftiges Landmädchen mit Folliklis, welche Läsionsform er trotz fehlender geweblicher Anhaltspunkte (in diesem Falle) und trotz negativer Tuberkulinprobe für spezifisch erachtet. Ein zweiter Fall (36jähriger Mann mit Aknitis) zeigt die günstige Einwirkung heißer Gesichtspülungen nach Fehlschlagen von Röntgenbestrahlung.

E. HOFFMANN berichtet über experimentelle Untersuchungen am Kaninchenauge. Nach erstmaliger erfolgloser Impfung eines Auges ergab die zweite Inokulation in das andere Auge 100% Haftung. Überdies erwähnt HOFFMANN einen Fall von generalisierter Folliklis mit verrukösen Hauttumoren, bei dem Übergänge der Effloreszenzengattung festgestellt werden konnte und das Tierexperiment den Bazillennachweis ermöglichte. Besonders beachtenswert ist auch der Hinweis HOFFMANNS auf die Beobachtung eines Falles von Lup. erythemat. discoid. (Gesicht, Hände, Fußsohlen), welcher auf geringe Tuberkulinmengen nebst heftigster Lokalreaktion, mit Dissemination des Prozesses über den ganzen Körper reagierte.

Digitized by Google

DELBANCO zeigt: 1. ein 16jähriges Mädchen mit elefantiastischer Verdickung des linken Beines, dessen Haut unzählige lupöse Effloreszenzen in verschiedensten Größen aufweist. Diese sind nicht exulzeriert. Röntgenaufnahmen (Dr. FREUND-Wien) zeigen keinen Knochenherd. An den tiefen gestauten Lymphbahnen taucht der Lupus an die Oberfläche. Tierversuche positiv usw. 2. Die makroskopisch-anatomischen Präparate eines Falles von BAZIN, die ihm aus Chemnitz von den Professoren NAUWERCK und CLEMENS überlassen wurden. Die erkrankten Hautpartien und die Brustorgane. Enorme tuberkulöse Lymphome im vorderen Mediastinum, an der Bifurcatio tracheae und dem Hilus. 3. Die Röntgenaufnahme (Dr. HAENISCH-Hamburg) der vergrößerten Hilusdrüsen einer jungen Frau mit ausgebreiteter Folliklis. Dr. URBAN-Hamburg hatte bereits enorme tuberkulöse Lymphome an den Halspartien entfernt. Jetzt Rezidiv. Mikroskopisch fällt die völlige Vernichtung und Neubildung der elastischen Fasern im Bereich der Folliklisherde auf. 4. Die Photographien eines Falles von Lupus miliaris. In dem ausgepreßten Follikelinhalt vereinzelte säurefeste Stäbchen (vgl. BETTMANN). 5. Die Moulage seines in Königsberg demonstrierten Falles von korymbiformem Tuberkulid. Patient inzwischen an ausgebreiteter Tuberkulose gestorben. 6. Die Moulage des Armes eines jungen Mädchens, welches viel melkte. Am Handrücken schon lange ein harter Herd. (Melkerbeule? Tuberkulid?) Plötzlich an allen Extremitäten ein Folliklisausbruch. Eine Reihe der Folliklisefflorezenzen nimmt die fibröse Beschaffenheit des erstgenannten, ihnen voraufgegangenen, als Primäraffekt vielleicht zu deutenden Herdes an, welcher trotz zeitlicher Differenz ihnen aber auch nebengeordnet sein kann. Mikroskopische Ergebnisse.

DELBANCO resümiert dahin, daß die Entscheidung, ob eine Hautaffektion tuberkulös ist, später ausschließlich von den biologischen Methoden abhängig gemacht werden wird. Tierversuche und die pathologische Histologie können für die lokalen Herde der Haut versagen. Der tuberkulöse Herd im übrigen Körper kann bis auf kaum oder nicht nachweisbare Reste geschwunden sein auf Grund von Immunvorgängen. — Das alles hat CAESAR BOECK lange vorausgeahnt.

KLAUSNER bringt aus der Klinik KREIBICH eine 27jährige Patientin mit einer Zwischenform des L. erythematodes und L. erythematoides (LELOIR). An der Halshaut zu beiden Seiten etwas gestrickte Narben. An den Wangen mehrere Herde bis handflächengroß von braunroter Farbe, deutlich etwas über das Niveau der übrigen Haut erhaben. Die Epidermis darüber glänzend, nicht schuppend, nirgends Exulzeration. Die histologische Untersuchung zweier zu verschiedenen Zeiten entnommenen Hautstücke ergibt keinen diagnostisch verwendbaren Befund. Auf 1 mg Tuberkulin starke Lokal- und Allgemeinreaktion (39,5). Die beste therapeutische Wirkung wurde mit As (Sol. Fowl.) erzielt. Dabei kommt es immer bei Beginn einer Kur zu einer hochgradigen lokalen Reaktion in den Hautherden, die zu einer intensiven Entzündung und ödematösen Anschwellung der einzelnen Herde, zur Exsudation an die Oberfläche und Krustenbildung daselbst führt. Nach Aussetzen der Kur sind die Herde unter Zunahme der Narbenbildung deutlich abgeblaßt.

Des weiteren projiziert KLAUSNER Diapositive eines Falles von Granuloma annulare (RADCLIFFE CROCKER). Charakteristisch ist die Infiltration des Koriums mit epitheloiden Zellen, die stellenweise scharf abgegrenzte Herde bilden. Daneben finden sich im Korium zirkumskripte Bindegewebsnekrosen. Die Demonstration des Krankheitsbildes hat an dieser Stelle besonderes Interesse wegen der mehrfach geäußerten tuberkulösen Ätiologie (GRAHAM LITTLE). RASCH, GREGERSEN und

Digitized by Google

Galewsky rechnen das Gr. a. zu den sarkoiden Geschwülsten, die als Tuberkulide der Hauttuberkulose nahestehen. In dem vorliegenden Falle, es handelt sich um eine 53 jährige Frau, fanden sich keinerlei Zeichen einer Tuberkulose (Pirquetsche Reaktion negativ). Die Krankheit ist wahrscheinlich infektiöser Natur (Arndt), deren Ätiologie bisher unbekannt ist. Therapeutisch bewährte sich das Arsen (Sol. Fowl.), welches die seit ungefähr zwei Jahren bestehende Affektion fast völlig zum Schwinden brachte.

Kyrle bemerkt zur Frage des Boeckschen Lupoids, daß das Boecksche Lupoid histologisch gut charakterisiert, von allen anderen Lupusformen leicht zu unterscheiden sei. Das Wesentliche an den Gewebserscheinungen liege in dem Vorhandensein meist großer, oftmals zu förmlichen alveolären Verbänden gruppierter epitheloider Zellen mit Riesenzellen bei mangelnder entzündlicher Randzone. Gerade dieses Fehlen der entzündlichen Elemente mache das histologische Bild zu einem ungemein typischen — die Epitheloidzell-Tuberkel liegen reaktionslos im kutanen und subkutanen Bindegewebe.

Der histologische Befund müsse, um einem Fall als Boeckches Lupoid entsprechen zu können, an allen Stellen vollkommen identisch sein; nur bei Aufrechterhaltung dieser Forderung ist es möglich, das Krankheitsbild gegenüber den gewöhnlichen Lupusformen abzugrenzen, da auch bei letzteren neben den typischen Gewebserscheinungen gelegentlich Stellen zu finden sind, wo die entzündlichen Elemente gegenüber den spezifischen (Epitheloidzellen) völlig zurücktreten.

Das klinische Exterieur der Fälle sei für die Diagnose wenig verläßlich. Entscheidend für die Diagnose ist nur der histologische Befund, jeder Fall, der klinisch als Boeckches Lupoid angesprochen wird, muß histologisch verifiziert sein, sonst kann der Diagnose ein Beweis auf Verläßlichkeit nicht zuerkannt werden.

Das Boecksche Lupoid ist eine echte bazilläre Hauttuberkulose; hierfür spricht das positive Tierexperiment, welches Kyrle in einem Fall erzielen konnte. Allerdings lag gegenüber den gewöhnlichen Resultaten bei Tierimpfung ein Unterschied darin, daß erst nach zehn Monaten der Exitus des Meerschweinchens erfolgt ist. Auf Tuberkulin meist negative Reaktion.

Trotz der Zugehörigkeit des Boeckschen Lupoids zur echten Hauttuberkulose sei an einer gewissen Sonderstellung des Krankheitsbildes festzuhalten; die Eigenartigkeit der klinischen Manifestation, vor allem aber der charakteristische, vom gewöhnlichen Lupus auf den ersten Blick unterscheidbare histologische Befund berechtigen zu solchem Vorgehen. Der Name „Sarkoid" sei als nichtssagend und unzutreffend, so wie dies Boeck schon vorgeschlagen hat, endgültig aufzugeben. Die Bezeichnung „Lupoid" ist nicht unzweckmäßig, allein unseren heutigen Kenntnissen entsprechender wäre der Name „Tuberculosis cutis Typus Boeck".

Herxheimer möchte das Fehlen entzündlicher Randzonen nicht zum obligaten Kriterium des Leidens machen; demonstrierte Eigenbeobachtungen (Diapositive) zeigen rein entzündliche Reaktionszonen in der Peripherie.

Volk und Grosz suchten, ausgehend von der Arbeitshypothese, daß nicht nur chemische Stoffe, sondern auch Bakterienprodukte sensibilisierend auf die Haut für ultraviolette Strahlen wirken könnten (wofür auch klinische Erfahrungen zu sprechen scheinen), durch Vorbehandlung von Meerschweinchen mit abgetöteten und lebenden Bazillen und nachherige Bestrahlung der Haut mit der Quarzlinse für diese Annahme Beweise zu erbringen. — Es traten in der Tat bei Tieren, welche mit toten und lebenden Tuberkelbazillen vorbehandelt waren, vielleicht auch bei solchen, die Kolibazillen vorher erhalten hatten, bedeutend stärkere Reaktionen auf als bei

Digitized by Google

den Kontrolltieren. — Damit kämen für manche Erkrankungen (Lupus erythematosus, Akne rosacea) auf experimenteller Basis als ätiologische Momente bakterielle Sensibilisierung plus Lichtwirkung in Frage.

NOBL beschränkt sich bei Erörterung der Pathologie des Erythema induratum (BAZIN) auf die Projektion von Autochromaufnahmen geweblicher Details, welche er in 28 Fällen des Knotenerythems feststellen konnte. Die Schnittfolgen verschiedenster Knotenbestände zeigen teils den charakteristischen tuberkulösen Bau (Riesenzellen, Verkäsung, Nekrose), teils nur banale entzündliche Reaktionsformen vom Charakter der Wucheratrophie des Fettgewebes. Überdies treten vielfach Kombinationsbilder beider Gewebsveränderungen in die Erscheinung. In keinem der Fälle war bisher ein einwandfreier Mikrobennachweis zu erbringen. Die Inokulationsreihen provizierten selbst nach mehrmonatiger Beobachtung bei den Tieren keine Impftuberkulose. Auf Alttuberkulin des öfteren Herdreaktion. Bemerkenswert ist das häufige Auftreten nodöser Stichreaktionen in Form haselnußgroßer und größerer Knoten mit, den Erythemefloreszenzen analoger Struktur. An einzelnen Schnittreihen demonstriert NOBL auch das anatomische Substrat des subkutanen Sarkoids (DARIER), welches er vom Knotenerythem nicht zu trennen vermag und es für eine atypische Lokalisationsform des „BAZIN" erklärt.

OPPENHEIM hebt die lupoidähnliche Beschaffenheit von Hauterkrankungen hervor, die durch subkutane Injektionen hervorgerufen werden. Bei diesen Läsionen muß zwischen Fremdkörperriesenzellentumoren und Erkrankungen vom klinischen und histologischen Bilde des Sarkoids oder Lupoids BOECK unterschieden werden. Drei Fälle, die in der letzten Zeit vom Verfasser beobachtet wurden, beweisen dies.

Der erste Fall zeigte nach subkutanen Eisenarseninjektionen unter der Haut des Oberarmes Infiltrationen und schwielige Wucherungen, die seit drei Jahren bestanden, zur Einziehung an der Hautoberfläche geführt hatten und histologisch sich als echte Fremdkörperriesenzellentumoren dokumentierten (publiziert im Archiv für Dermatologie, Bd. 116, H. 2).

Zwei andere Fälle zeigten ein ganz anderes klinisches und histologisches Verhalten.

Bei einer 42jährigen Morphinistin entstanden zahlreiche braunrote, flacherhabene, bis kindskopfgroße Tumoren von derber, glatter Oberfläche, die mit der Unterlage verwachsen waren, deren Entwicklung sich allmählich durch Jahre hindurch schmerzlos vollzog. Das histologische Bild zeigte das typische Verhalten des Lupoids. Das Tierexperiment war negativ.

Ein zweiter Fall betraf eine 46jährige Frau, die vor sechs Jahren 14 Salizyl-Quecksilberinjektionen in die Glutäi erhalten hatte. Nach einem Jahre begannen Knoten von der Tiefe aus zu wachsen und erreichten die Oberfläche der Haut und bildeten daselbst braunrote, wenig vorspringende, flacherhabene, bis guldengroße Tumoren, die ebenfalls mit dem Unterhautzellgewebe in fester Verbindung standen. Histologisch zeigte sich dasselbe Bild wie im ersten Fall.

In allerletzter Zeit konnte Verfasser noch einen Fall beobachten, bei dem nach Injektionen von grauem Öl und Hydrargyrum salicylicum zu beiden Seiten der Wirbelsäule neben den Schulterblättern, sowie an den Nates ebenfalls Infiltrate und Tumoren auftraten, die von der Tiefe aus an die Oberfläche kamen und mit der Haut verwachsen waren, diese vorwölbten und derbe, höckrige, blaurot gefärbte Knoten bildeten. Sie entsprachen den Knoten des dritten Falles.

Diesen drei Fällen ist gemeinsam die subkutane Injektion als verur-

Digitized by Google

sachendes Moment, ein Inkubationsstadium von mehreren Jahren ohne Spur einer Infiltration, dann der allmähliche, schmerzlose Beginn von Knotenbildungen in den tieferen Schichten der Kutis und Subkutis, ein allmähliches Wachstum dieser Knoten von der Tiefe an die Oberfläche und ein allmähliches Breitenwachstum. Erweichung und Zerfall der Knoten wurde nie beobachtet. Die Tuberkelbazillenfärbung und die Tierexperimente ergaben ein negatives Resultat. Es ist daher der obige Schluß berechtigt, daß vielleicht ein bisher unbekannter Mikroorganismus, der mit der Injektion in die Subkutis kommt, die Ursache ist.

Kren steuert zur Kenntnis der tumorförmigen Tuberkulide bei. Erscheinungen am Gaumen paarten sich bei einem Phthisiker mit großknotigen Lupus pernio-Herden des Nackens, der Ellbogen und des Hodensackes (Skrotalhaut exulzeriert). Histologisch: Tuberkulome ohne Verkäsung des Fettgewebes im Zustand der Wucheratrophie.

Sachs streift kasuistische Zusätze zur Kenntnis papulo-nekrotischer Tuberkulide und Sarkoide.

Bloch möchte an der Hand eines an der Baseler Klinik beobachteten Falles des Boeckschen Lupoids auf die Vielgestaltigkeit des Prozesses hinweisen. Der Zustand ging mit tuberkulöser Iritis einher. (Fünf Beobachtungen in der Literatur!) Ätiologisch brachte auch dieser Fall keine Aufklärung (Tuberkulinreaktion [allgemeine] anfangs stark positiv, mit schwacher Herdreaktion; später beide fehlend). Tierversuche (30) negativ. Wassermann erst —, dann +, ohne irgend einen Anhaltspunkt für Syphilis. Heilung nach intravenösen Salvarsaninjektionen (reine As-Wirkung). Zur Lupus erythematodes-Frage bemerkt Bloch, daß seine und die Untersuchungen Gougerots die (allerdings atypische) tuberkulöse Natur des Leidens beweisen. Rätselhaft bleibt nach wie vor das banale histologische Reaktionsprodukt. (Allergie? oder veränderte, unter Einwirkung des Serums modifizierte Bazillen?) Experimentelle Impfungen mit modifizierten Bazillenaufschwemmungen (Enthülsung der Tuberkelbazillen in schwachem, alkalischem Spirit. aetheric.) berechtigen zur Annahme, daß auf irgend eine Art beeinträchtigte Mikroben (nach langer Infektion auf die Hüllen spezifisch eingestelltes lytisches Ferment) den histologischen Lupus erythematodes-Affekt bedingen.

Werther verfolgte bei einem Tuberkulidpatienten (akneiform) das interessante Phänomen knötchenbildender Iritis. Verschiedene instruktive histologische Präparate, Moulagen und Abbildungen Werthers illustrieren überdies eine Reihe seltener, dem Rahmen der Tuberkulide zugehöriger Zustandsformen.

An der Klinik Riehl wurden über 200 in Gruppen zusammengestellte Patienten zur Ausstellung gebracht, von welchen der größte Teil dem Material der Station entstammte. Ein in Druck gelegtes, allen Kongreßteilnehmern eingehändigtes Programm gewährte die rascheste Orientierung über Natur und Gewebsgrundlage der zur Schau gebrachten Prozesse. Der Summe der hier exponierten Zustandsformen Rechnung zu tragen, ist im knappen Rahmen eines Referates kaum möglich, dies erübrigt sich aber um so mehr, als eine Sonderpublikation der Klinik Riehl über die Krankengeschichten und den zugehörigen histologischen wie experimentellen Erhebungen zu gewärtigen steht. Als Unika fügten sich in das Demonstrationsmaterial, ein von Riehl zur Diskussion gestellter Fall von Xanthoma areolare multiplex, sowie eine an der Station beobachtete Form interstitieller Kalzinosis.

Das analogielos dastehende Krankheitsbild im ersten Falle betrifft einen etwa

Digitized by Google

50jährigen Mann, dessen Erkrankung erst bei Heranziehung aller diagnostischen Hilfsmethoden der Klärung zugeführt werden konnte. Die Affektion besteht seit fünf Jahren und begann mit einem Knötchen am rechten Unterschenkel; in der folgenden Zeit trat ziemlich rasche Vermehrung der Knoten, die auch peripher wuchsen, ein. Am Stamm und den Extremitäten zahlreiche stark prominente braunrote Knoten, zum Teil in Gruppen gestellt; die Knoten wachsen peripher und zeigen im späteren Verlauf eigentümlich gelbgefärbte Einlagerungen, ähnlich den Xanthomen. An vielen Stellen bilden sich die Knoten im Zentrum zurück, daselbst resultiert eine leichte Atrophie mit stärkerer Pigmentierung. Die Atrophie bezieht sich an diesen Stellen auch auf das Subkutangewebe. An den Randpartien schreitet der Prozeß mit breitem Wall und peripherer Pigmentanhäufung vor. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. WASSERMANN wiederholt negativ, PIRQUET und Tierversuch negativ, Karzinomreaktion (FREUND-KAMINER) negativ. Blutbild normal. In letzter Zeit geringe Leukozytose mit Vermehrung der eosinophilen Zellen (9,3%) (Radiumbestrahlung).

Die Knoten bestehen aus einem außerordentlich polymorphen zellreichen Gewebe, das sich durch die Anwesenheit großer blasiger Zellen (Xanthomzellen?) auszeichnet. Daneben finden sich auch in den Gefäßen eigentümliche Zellkomplexe. In den regionären Drüsen die gleichen Zellformen, daneben homogen blau sich tingierende runde Gebilde (RUSSELsche Körperchen?).

Die Calcinosis interstitialis begann vor sieben Jahren mit Schüttelfrösten, Schwellung und Schmerzen in den Gelenken. Allmähliche Steifigkeit. Nach wiederholten ähnlichen Anfällen kam es zu den nunmehr ausgebildeten Veränderungen. Es finden sich vorwiegend an den Ansätzen der Muskel (in der Axilla und in inguine) mächtige Kalkmassen eingelagert, die bisweilen zu Abszedierung und Kalkabsonderung führen. Im Harn ist die Ca-Ausscheidung normal.

Röntgenbilder zeigen die erwähnten Veränderungen.

GROSZ demonstriert einen Fall von Hydroa vacciniformis. Auftreten in frühester Kindheit, familiäre Form; die einzelnen Schübe gehen mit Hämatoporphyrinurie einher. Wir wissen seit HAUSMANN, daß in solchen Fällen das Hämatoporphyrin als Sensibilisator fungiert, und sind berechtigt, solche Fälle aus den übrigen Beobachtungen von Hydroa vacciniformis, H. aestivalis usw. herauszuheben und sie etwa als Hämatoporphyrinhydroa (Haematoporphyrinuria congenita GÜNTHER) zu bezeichnen.

In der Diskussion verweist HERXHEIMER auf die klinische Ähnlichkeit des Falles mit der Epidermolysis bullosa. Man wisse nicht, ob nicht vielleicht auch bei E. bullosa Hämatoporphyrinausscheidung vorkomme.

BETTMANN hat bei einem Falle von E. bullosa kein Hämatoporphyrin finden können.

NOBL berichtet über das familiäre Auftreten des Prozesses in der mitigierten Form der Sommerprurigo, welches er bei einer Frau und dreien ihrer Kinder (5—12 Jahre) zu beobachten und in der Wiener Gesellschaft der Ärzte sowie in der dermatologischen Gesellschaft zu demonstrieren Gelegenheit fand. Der Mann und drei ihm in Hautkolorit sowie Irisfarbe gleichende Kinder waren von den Ausbrüchen stets verschont geblieben. Vorgewiesene Abbildungen zeigen die in intensiven Attacken wiederkehrenden Schübe im Bereiche des Gesichtes, der Ohren, des Kinns sowie der Handrücken der vier Kranken. In diesen Fällen gelang es Herrn Prof. Dr. S. FRAENKEL aus dem Harn einen Körper zu isolieren, dem sensibilisierende Eigenschaften zuzukommen scheinen. Die Untersuchungen sind noch nicht gänzlich abgeschlossen.

Digitized by Google

Grosz vertritt im Schlußworte die Sonderstellung der Beobachtung. Bei der E. bullosa entstehen die Blasen auf traumatische Einwirkungen, bei der Hydroa vacciniformis sei es die Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die sensibilisierte Haut.

Im Anschluß an die Demonstrationssitzung der Klinik Riehl berichtet zunächst Havas über das bereits bekannte Einpflanzungsverfahren von Haaren nach dem Vorgang von Székely. Diese Art der Fixation von Haaren (in feinste Goldschlingen geklemmte 6—8 cm lange, doppelt genommene Frauenhaare werden mittels Pravaz-Nadel an die Kopfhaut verankert) ermöglicht, Glatzen zu einem autosuggestiven Haarschmuck zu verhelfen. Drei vorgeführte Kranke erfreuen sich seit längerer Zeit dieses mühselig erworbenen Besitzes (Anhaftung bis zu 50000 Haaren!) in entzündungsfreier Ungetrübtheit.

Freund-Triest sah in einem Fall krustöse Dermatitis und suppurative Loslösung der Goldringlein auftreten.

Henning zeigt verblüffende Exempel einer Ersatzkunst von durch Krankheitsprozesse zerstörten Körperteilen (Nase, Ohren, Wangen). Das vom Direktor des Moulagen-Instituts der Wiener Universität ausgearbeitete und in liberalster Weise erläuterte Verfahren ermöglicht es dem Kranken, täglich die Ersatzstücke aus der weichen elastischen Masse selbst (in einem Gipsmodell) zu formieren, zu kolorieren und an die entsprechende Stelle festhaltend aufzuleimen. In kosmetischer Hinsicht wird die Plastik der Chirurgenhand ähnlich Vollkommenes wohl niemals leisten können.

v. Petersen hält einen Vortrag über seine Expedition nach Afghanistan zum Studium der Orientbeule. v. Petersen führt die Erreger der Krankheit (Plasmodien) in Mikroprojektionen vor. Hieran schließen sich Projektionen mikroskopischer Präparate, in denen Kreibich seine neue Nervenfärbungsmethode, Petersen zahlreiche Bilder von Leprakranken und Orientbeulen vorführen.

Die weitere Abwicklung des überreichen Programms spielte sich am Samstag nachmittag an der Klinik Finger ab. Hier harrten über 150 Kranke in eigens für die Demonstration adaptierten Räumen der in ihrer Aufnahmsfähigkeit schon sichtlich erlahmenden Kongressisten. Auch hier wetteiferten die Herren der Klinik sowie die gastlich aufgenommenen Vorstände auswärtiger Spezialstationen in der Vorführung kasuistisch bemerkenswerter, durch neuere Heilmethoden angegangener und biodiagnostischen Experimentalanordnungen unterzogener Kranken. (Nebst den Herren der Klinik, Oppenheim, Sachs, Brandweiner, Nobl, Scherber, Luithlen, Ullmann.)

Zur Diskussion kamen:

Ein Fall von Poikilodermie (Jacobi), vorgestellt von Finger.

Der Fall wird von den meisten Diskussionsrednern als identisch mit den Jacobischen Fällen angesehen. Besonders Matzenauer findet das Bild völlig entsprechend. R. Müller-Wien vertritt die Ansicht, daß diese Fälle prinzipiell der Gruppe der Lupus erythematodes nahestehen und weist auf die, anläßlich einer Publikation des Falles, im Jahre 1911 bereits angeführten Gründe hin. Besonders die gleichzeitig vorhandenen pernioähnlichen Effloreszenzen an den Fingerrücken erinnern an diese bei Lupus erythematodes häufig gesehenen Vorkommnisse. Histologisch fanden sich uncharakteristische Infiltrate, hauptsächlich an den Randpartien, Degeneration der elastischen Fasern, die aber nur unmittelbar unter dem Epithel stärker ausgebildet war und zur sogenannten kolloidalen Degeneration führte.

Ebenso wie in den Fällen Zinssers sind auch hier thermische Einflüsse anscheinend in einem gewissen Zusammenhang mit dem Prozeß, da gerade die Stellen besonders befallen sind, die die Patientin, die als Wäscherin tätig war, entblößt trug.

Digitized by Google

Die Auffassung MÜLLERS wird nicht allgemein anerkannt: speziell JADASSOHN, MATZENAUER und ZINSSER sprechen sich dagegen aus. Hingegen meint ARNDT, daß der Fall, ebenso wie die bisher beschriebenen Poikilodermiefälle, mit Sicherheit dem Lupus erythematodes zuzurechnen sei.

R. MÜLLER-Wien und STEIN demonstrieren Fälle von Lues mit positiver Intrakutanreaktion. Als Antigen diente luetischer Lymphdrüsenextrakt. Bereits 24 Stunden nach Inokulation tritt deutliche, scharf begrenzte Hofreaktion auf. Daneben kommen auch papulöse und noduläre Reaktionen vor, die meist von längerer Dauer sind. Positive Reaktion findet sich nur bei tertiärer, kongenitärer und maligner Syphilis. Demonstration von zehn Fällen gleichzeitig geimpfter sekundärer Syphilis, mit völlig negativem Resultate.

SCHERBERS Fall einer persistierenden Urtikariaform (56jähriger Mann, sechs Jahre bestehendes Exanthem, linsengroße, sattrote Papeln, histologisches Bindegewebsödem, perivaskuläre Infiltration) veranlaßt HERXHEIMER zur Bemerkung, daß die in diesem Falle vorhandenen akuteren Quaddeln gleichfalls noch in die typischen Blüten der Urtikaria perstans übergehen dürften. HOFFMANN verfolgt seit drei Jahren bei einem Kranken Schübe Lichen urticatus-artiger Effloreszenzen, welche schließlich in einzelnen Bezirken zu Dauerformen werden.

NOBL stellt zwei Fälle von Purpura teleangiectodes MAJOCCHI nur deshalb zur Diskussion, weil diese Diagnose von manchen der Herren bei der Demonstration im Krankensaal angezweifelt wurde. Der erste der Patienten (30jähriger anämischer Mann) bietet die klassische Form des an Händen und Beinen bzw. Vorder- und Oberarmen lokalisierten Prozesses. An keiner Stelle ist es zur Atrophie gekommen. Minder klar ist das Krankheitsbild im zweiten Falle (54jähriger Eisendreher), der hauptsächlich an den Ober- und Unterschenkeln, aber auch an den Fußrücken und Zehen, teils blauschwarz verfärbte, durch dichte Aneinanderreihung ektatischer Kapillargefäße bedingte, bis über handtellergroße Flecke aufweist, welche mit heller tingierten rostbraunen, bis kronenstückgroßen annulären und scheibenförmigen Plaques (in diesen feinste dentritisch verzweigte, nach der Peripherie zu verstärkte Gefäßreiser) alternieren. BRANDWEINER schließt sich der Definition N.s an und bemerkt, daß die im ersten Falle fehlende Atrophie kein Beweis gegen die Zugehörigkeit des Prozesses zum Typus MAJOCCHI sei; auch italienische Verfasser betonen, daß dies kein konstantes Merkmal der Erkrankung darstelle. Bezüglich des zweiten Falles müsse an eine geradezu exzessive, bisher nicht näher ausgewiesene Betonung des Zustandes gedacht werden. NEISSER, JADASSOHN, ARNING haben des öfteren Zustandsbilder beobachtet, welche mit dem zweiten demonstrierten Falle weitreichende Übereinstimmung zeigen und gleich dem ersten typischen Fall in die Gruppe der von MAJOCCHI hervorgehobenen Gefäßzustände zu verlegen wären. E. HOFFMANN hat in der Zwischenzeit das für die Purpura MAJOCCHI geradezu pathognostische Kratzphänomen an den Kranken provoziert und verweist mit der Erscheinung von Purpuralinien, in den Erythemflecken, auf die restlose Bestätigung der Diagnose NOBLS.

LIER ist geneigt, für die Entstehung der Purpura annularis teleangiectodes ein toxisch-infektiöses Agens anzunehmen; er konnte einen Patienten beobachten, der durch lange Zeit an der Abteilung Prof. EHRMANNS lag und mit allen möglichen Medikamenten vergeblich behandelt wurde. Nach der Exstirpation der hypertrophischen Tonsillen, die sich nachher als von eingedicktem Eiter durchsetzt erwies, blaßte die Urtikaria ab und verschwand innerhalb weniger Tage vollkommen.

FABRY liefert ergänzende Aufklärungen zu seinen der Ausstellung einverleibten Moulagen und histologischen Präparaten. Ein nävusartiger Prozeß des linken Ober-

Digitized by Google

schenkels (neunjähriges Mädchen) wäre als Epithelioma cysticum congenitale zu deuten. Das gleiche Zustandsbild hat auch E. HOFFMANN beobachtet. Als prämykotisch gedeutete erythematöse Exantheme, verruköse Varianten der Tuberkulose bei Bergleuten, sowie Angaben über das Brikettkarzinom, bezeugen die von Berufsarten abhängige Konfiguration der Hautkrankheiten (Dortmund).

EHRMANN demonstriert an einem Patienten das Kombinationsbild verschiedener Stadien der Akrodermatitis atrophicans, von den netzförmigen Zeichnungen bis zur extremen Atrophie. Überdies fügen sich die bekannten indurierten Stränge, sklerodermatischen Verhärtungen usw. in den Entzündungsprozeß. E. glaubt, für die Sonderung sklerodermatischer Veränderungen bei Akrodermatitis von der Sklerodermie als selbständigen Prozeß, histologische Kriterien aufstellen zu können (perilymphangoitisches Plasmon mit reichlichen Lymphozyten und Plasmazellen). OPPENHEIM vertritt neuerlich die Auffassung, daß die auslösenden Veränderungen in einer intrauterin zustande gekommenen Schädigung der elastischen Fasern zu erblicken sei, die häufig erst im fortgeschritteneren Lebensalter klinisch in der Rarefizierung des Hautgewebes ihren Ausdruck findet. HERXHEIMER betont nachdrücklichst, daß der Übergang in extreme Atrophie nicht nur der Akrodermatitis eigen sei, sondern auch der typischen, von JADASSOHN zuerst beschriebenen Anetodermia maculosa des Stammes, die nicht selten gemeinsam mit der Läsion der Akria in die Erscheinung tritt. GALEWSKY zeigt Schnittreihen eines Falles idiopathischer Hautatrophie mit extremem Schwund elastischen Gewebes und Prolaps kolossaler Fettumoren. Ausgleich durch operativen Eingriff. HERXHEIMER möchte gerne den nichts bezeichnenden Ausdruck Atrophia cutis bei dem fraglichen Prozeß dauernd durch die übrigens zumeist angenommene, zuerst von ihm vorgeschlagene Benennung Akrodermatitis atrophicans ersetzt sehen. ULLMANN zeigt einen Fall von Xanthomatosis (28jähriger Patient, mit symmetrisch gelagerten Tumoren gelbbrauner Farbe, an den Knien, Ellbogen, Fersengegend und Handrücken). An den Handrücken periostale, röntgenologisch nicht nachweisbare Auflagerungen. Bemerkenswert das gleichzeitige Befallensein der Sehnenscheiden der dorsalen Handfläche. Vorangegangene subikterische Verfärbung und Krämpfe lassen auch xanthomatöse Leberdegeneration denken. FASAL verweist auf einen von ihm aus der Abteilung NOBL publizierten Fall (Internationaler med. Kongreß, Budapest, 1909), bei welchem mächtige Palpebral- und Wangentumoren der Infraorbitalregion mit rasch anwachsenden Knochenläsionen des Nasalfortsatzes, des Oberkiefers und knöchernen Orbitalsaumes einhergingen. Die fortschreitende Beeinträchtigung des Visus erheischte zu wiederholten Malen die operative Entfernung der Xanthomknoten.

BRANDWEINER belegt mit der Vorstellung eines Falles von Lupus der Glans (23jähriger Patient, der Prozeß histologisch festgestellt, Tuberkelbazillen im Harn) diagnostisch-nosologisch und therapeutisch gleich beachtenswerte Verhältnisse. Eine deszendierende Organtuberkulose (Tuberkulose der rechten Niere, Tuberkelknötchen in der Mitte der Pars pendula und F. navicularis) führte zu der klinisch als Lupus deklarierten Kontaktinfektion. Die Nephrektomie genügte, um eine völlige Involution der spezifischen Läsionen in der Harnröhre und die restlose Rückbildung des Lupus zu bewirken. (Antikörperbildung nach Ausschaltung des Hauptinfektionsherdes?)

JUNGMANN schildert in einer wohlgegliederten Orientierung die Leitsätze der Lupusbekämpfung vom radikalen operativ-plastischen Eingriff LANGs bis zu den Behelfen der Chemotherapie, wobei das Leistungsvermögen der Strahlenbehandlung in allen ihren Qualitäten einer aufrichtigen Bilanz unterzogen wird.

FASAL spricht über die chemischen Grundlagen der Haarfarben. Gleiche

Digitized by Google

Gewichtsmengen verschiedenfarbiger Menschenhaare wurden (Pathолog.-chemisches Institut Prof. S. FRÄNKEL) einem Isolierungsprozeß unterzogen (tiefschwarze, mittelblond gefärbte, weiße Greisenhaare und mit H_2O_2 gebleichte Haare, mit verdünnter Kalilauge ausgekocht). Beim Ausfällen mit Schwefelsäure zeigten sich weitreichende Unterschiede im Pigmentgehalt der einzelnen Sorten. Kolorimetrische Vergleiche der einzelnen Pigmente zeigten, daß die Färbekraft des aus dunklen Haaren gewonnenen Pigments eine geringe ist. Das kolorimetrische Verhältnis der pigmentreichsten schwarzen Haare zu den pigmentärmsten beträgt 30 : 1. Der Widerstand des Pigments allen hydrolysierenden Agenzien gegenüber, seine leichte Oxydierbarkeit durch Wasserstoffsuperoxyd, machen es unwahrscheinlich, daß es in den Haaren zu einem plötzlichen Pigmentschwund kommen kann. Die klinische Bedeutung des Pigments wird einleuchtend, wenn F. daran erinnert, daß einer der wichtigsten Bausteine des Eiweißes, das Tryptophan, als Quelle desselben zu betrachten ist.

LIER demonstriert einen neunjährigen Knaben mit Neurofibromatosis RECKLINGHAUSEN, der gleichzeitig alle Merkmale der Dystrophia adiposa genitalis aufweist. Da das Röntgenogramm des Schädels eine Impression des Daches der Keilbeinhöhle unmittelbar vor der Hypophyse zeigt und auch eine Atrophia nervi optici beiderseits besteht, ist wohl ein den übrigen Neurofibromen analoger Tumor an der Schädelbasis für die Entstehung dieses Typus in dem vorgestellten Fall verantwortlich zu machen. LIER zeigt ferner eine Patientin, bei der seit zwei Jahren papilläre warzige Wucherungen am linken Unterschenkel und beiden Händen bestehen, die von einem serpiginösen Pustelsaum umgeben sind. Der Fall wurde früher als Pemphigus vegetans betrachtet. Da aber die Primäreffloreszenz eine miliare Pustel darstellt, aus der stets der Staphylokokkus pyogenes aureus gezüchtet wurde, da im Blute der Patientin Agglutinine, Antikörper und Staphylokokken nachgewiesen wurden; da nach Behandlung mit autogener Vakzine eine bedeutende Besserung eingetreten ist, fassen wir die Krankheit als Staphylodermia vegetans auf.

Aus dem Demonstrationsmaterial der Abteilung EHRMANN wären als besonders beachtet anzuführen: ein Fall von Sklerodaktylie und Sklerodermie der oberen Extremitäten in Simultanerscheinung mit Skrofuloderma am Hals und Lupus vulg. an den Fußsohlen; nicht minder beachtet blieb die Kombination einer universellen Sklerodermie mit gleichzeitiger subakuter Lungentuberkulose. Varianten der idiopathischen Hautatrophie waren in fünf Repräsentanten zu sehen. Psorospermosis DARIER (in der zweiten Gen.), benignes Sarkoid (Unterschenkel), Erythema indurat. mit multiplen Folliklieffloreszenzen u. v. a. wurden aus der Summe der Exposition besonders zur Schau gestellt.

Die dermatologischen Abteilungen der allgemeinen Poliklinik (NOBL, BRANDWEINER), die Spezialstationen des Rudolf- (v. ZUMBUSCH) und Wiedener Spitals (RUSCH), das Jubiläumsspital (KREN), die Ambulatorien der Krankenkassen (WEIDENFELD, GROSZ, OPPENHEIM, PICK, VOLK, ULLMANN, SACHS) ließen an den Kliniken RIEHL und FINGER ihre ambulanten Krankenstände in einer dem Kongreß-Niveau angepaßten Auswahl Revue passieren.

In der knapp unter Dach gebrachten Lupusheilstätte erläuterten LANG und JUNGMANN den erweiterten Aktionsplan der Anstalt, und KREN befand sich in der angenehmen Lage, den auswärtigen Kongreßteilnehmern die modernste, einen Belegraum von 150 Betten aufweisende dermatologische Spitalsabteilung (Jubiläumsspital) bereits in vollem Betriebe demonstrieren zu können.

Wenn ich noch erwähne, daß den Moulagen- und Präparatensammlungen der Kliniken RIEHL und FINGER eine allerdings in ganz bescheidenem Rahmen gebotene

Digitized by Google

Ausstellung von kolorierten Plastiken seltener Hautzustände, Aquarellen, Diapositiven, ein- und vielfarbigen Photographien, Röntgenaufnahmen, histologischen Objekten und Kulturen (Stein) angeschlossen war, so habe ich nach Möglichkeit der Tagung des zweiten Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft Rechnung getragen. An dieser von den Herren Mucha, Kyrle, Oppenheim und Nobl geleiteten Ausstellung beteiligten sich mit Kollektivexpositionen und Einzelbeiträgen: die Klinik Finger, die Abteilungen Ehrmann, Nobl, Brandweiner und Kren sowie die Herren Fasal, Scherber, Ullmann, Oppenheim (Gewebeerkrankungen der Haut [im Rahmen der Sammlungen Fingers]), Sachs u. a.; ferner von auswärtigen Teilnehmern: Werther-Dresden, Matzenauer-Polland-Graz, Galewsky-Dresden, Arning-Hamburg, Fabry-Dortmund, Delbanco-Hamburg, Zinsser-Köln, Kaufmann-Wolf-Berlin u. a. In der Ausstellung histologischer Präparate wurden die herrlichen Nervendarstellungen Kreibichs in den verschiedensten von ihm im Vortrag erwähnten und projizierten Texturen mit bewundernder Aufmerksamkeit verfolgt. Hier war auch die Möglichkeit geboten, die Testobjekte einer Reihe von in den letzten Jahren aus der Wiener Schule hervorgegangenen Arbeiten (Kyrle, Strassberg u. a.) durchzusehen. Um die Sonderexpositionen histopathologischer und kultureller (Trichophytien) Sammlungen an der Klinik Riehl, haben sich überdies noch die Herren Arzt, Kerl und Schramek bestens bemüht.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Sept. 1913, Bd. 117, H. 3.

1. Erfahrungen über die endourethrale Massage nach Sellei, von Carl Cronquist-Malmö. C. zieht dem Dilatationsverfahren die endourethrale Massage vor und hat sich bisher der von Sellei angegebenen Sonde bedient. Um nicht nur beim Einführen, sondern auch bei dem Herausziehen der Sonde einen zweckentsprechenden Druck auf die Urethralwandung ausüben zu können, hat er sich seit einiger Zeit Sonden anfertigen lassen, bei denen der Knopf vom Schafte der Sonde in Form einer ziemlich steilen Schwelle abgesetzt und exzentrisch angeordnet ist, damit die volle Wirkung der Schwelle in Anspruch genommen werden kann, ohne daß das Kaliber der Sonde zu sehr erhöht wird. Er empfiehlt die endourethrale Massage auch für provokatorische Maßnahmen, da es ihm wiederholt passiert ist, daß nach der Massage Gonokokken nachgewiesen werden konnten, die vorher anscheinend verschwunden waren.

2. Zur Frage der experimentellen Thalliumalopezie. Bemerkung zu der Arbeit von A. Buschke, Bd. 116, von J. Heller. Schlußwort zu vorstehenden Bemerkungen von J. Heller, von A. Buschke. Polemik über die Deutung histologischer Befunde in Präparaten Buschkes. H. hatte die fehlende Kernfärbung mit Nekrose erklärt, während B. der Meinung ist, daß nur die lange Aufbewahrung der Präparate in Formalin die Tinktionsfähigkeit beeinträchtigt habe.

Sept. 1913, Bd. 118, H. 1.

1. Experimentelle Beitäge zur chemotherapeutischen Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenerkrankungen, von G. Hügel-Straßburg. Nach einem historischen Exkurs über die medizinische Verwendung von Antimon und Antimonverbindungen berichtet Verf. über die zahlreichen,

Digitized by Google

bei Uhlenhuth vorgenommenen Versuche mit einer Reihe neuer Antimonverbindungen verschiedener Zusammensetzung an Hühnerspirillose, an syphylitisch infizierten Kaninchen und schließlich auch bei menschlicher Syphilis. Er kommt zu dem Schlusse, daß nach den bisherigen Resultaten es nicht ausgeschlossen erscheint, daß sich mit organischen Antimonverbindungen ev. Wirkungen erzielen lassen, die denen der organischen Arsenpräparate ähnlich sind. Bis jetzt indes haben sich die Antimonverbindungen, die in ihrer Konstitution dem wirksamen Atoxyl und Salvarsan entsprechen, als ziemlich wirkungslos erwiesen. Mit einigen anderen organischen Antimonpräparaten, deren Zusammensetzung des näheren ausgeführt wird, sind aber schon bei Hühnerspirillose, bei experimenteller Kaninchensyphilis und bei experimentellen Trypanosomenerkrankungen beachtenswerte Wirkungen erzielt worden, die es berechtigt erscheinen lassen, mit organischen Antimonpräparaten weiter in dieser Richtung hin zu experimentieren.

2. Über akute Polyarthritis im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis, von J. Rubin-Essen a. d. Ruhr. Die Krankengeschichte einer jungen Frau wird ausführlich mitgeteilt, bei der ein akuter Gelenkrheumatismus eine Reihe Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde bot und von eigentümlichen Hautaffektionen begleitet war, die zunächst als Impetigo, später als Seborrhöe imponierten, bis schließlich der wiederholt positive Wassermann die Sachlage aufklärte. Verf. beschäftigt sich eingehend mit der Frage, wie weit die verschiedenartigen Erkrankungen, die zu gleicher Zeit bestanden, einander beeinflußt haben können, bzw. wie weit alle Erscheinungen mit der Syphilis in Beziehung gebracht werden können.

3. Der Wert des luetischen Index bei Lues und Paralues, von B. Sormani-Amsterdam. Verfasser hat schon früher den Wassermann in der Weise modifiziert, daß er genau austitrierte Komplementmengen zur Anwendung brachte. Dadurch war es möglich, die Heilung resp. Besserung eines Luespatienten im Serum quantitativ zu verfolgen. Auch war dadurch die Reaktion qualitativ verbessert, so daß ein beträchtlich höherer Prozentsatz von positiven Reaktionen bei Luetikern erzielt wurde als früher, während nicht luetische Sera stets negativ reagierten. Auch paradoxe Sera wurden niemals beobachtet.

Verfasser hat nun auch den Ambozeptor titriert und ist schließlich zu einem „Index" gekommen, bei dem zu einem bestimmten Serum bestimmte Mengen Reagentien gehören. Er zeigt den Wert dieses „luetischen Index" besonders bei der sogenannten Paralues. Die sehr interessante Arbeit eignet sich nicht zum Referat, ist aber wert im Original gelesen zu werden.

4. „Dermatitis atrophicans reticularis" (Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi) mit muzinöser Degeneration der kollagenen Fasern, von Alexander Glück-Breslau. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um einen an juveniler Muskeldystrophie erkrankten jungen Mann, dessen Hautveränderungen, die seit dem 13. Lebensjahe nach und nach aufgetreten sind, einen der Jacobischen Krankheit ähnlichen Symptomenkomplex darbieten. Verfasser hat Gelegenheit zu histologischen Untersuchungen gehabt und dabei den auffallenden und seltenen Befund einer muzinösen Degeneration des kollagenen Gewebes festgestellt. Eine Erklärung hierüber kann er z. Z. nicht geben.

5. Über die therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen, von Erich Ullmann-Breslau. Die guten Erfolge, die Linser berichtet hat, haben Verfasser zu einer Reihe Versuche veranlaßt, die nicht das gleiche gute Resultat gehabt haben; allerdings hat auch er bei den Seruminjektionen keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet, insonderheit nie irgendwelche anaphylaktische Erscheinungen gesehen. Aus diesem Grunde hält er die Anwendung des serotherapeutischen

Digitized by Google

Verfahrens für berechtigt, in denjenigen Fällen von universellen Dermatosen, denen durch andersartige therapeutische Maßnahmen nicht beizukommen ist. Ein günstiger Einfluß war vorhanden auf den Juckreiz bei jenen Dermatosen, die auf rein nervöser, funktioneller Grundlage beruhen. Bei anderen juckenden Hauterkrankungen war zwar das Jucken zu beeinflussen, doch konnte von einer Beseitigung nicht gesprochen werden. Bei der Dermatitis herpetiformis hat sich in keiner Beziehung ein Erfolg nachweisen lassen; ebensowenig bei zwei Fällen von Kinderekzem. Wichtig und interessant erscheinen die Untersuchungen über die Veränderung des Blutbildes, die zu gleicher Zeit angestellt wurden.

6. Zwei Fälle von multipler, kleinfleckiger Sclerodermia circumscripta (White spot disease?), von E. Kretzmer-Bochum. Zwei im Krankenhause Dortmund beobachtete Fälle werden mitgeteilt und mit der bisher bekannten Literatur verglichen; die Fälle entsprechen nach Ansicht des Verfassers aller Wahrscheinlichkeit dem Symptomenkomplex, welchen Unna als kartenblattähnliche Sklerodermie bezeichnet hat und welche als identisch angesehen werden muß mit fast allen Fällen, welche unter dem Namen „White spot disease" veröffentlicht worden sind. Ob dieses Gebiet von der Sklerodermie zu sondern und eigens zu benennen ist, können erst weitere Beobachtungen lehren.

7. Über eine eigentümliche Pigmentverteilung an den Voigtschen Linien (Beitrag zur Kenntnis der Voigtschen Grenzen), von Sh. Matzumoto-Kyoto. Bei Japanern werden ziemlich häufig eigentümliche Pigmentierungsverhältnisse gefunden, Pigmentanomalien und Pigmentnävi, die nicht ganz selten den sogenannten Voigtschen Linien in ihrer Anordnung entsprechen. Verfasser berichtet eine Reihe Fälle, in denen Pigmentnävi in Lokalisation und Verlaufsrichtung mit den Voigtschen Linien übereinstimmen; die Frage nach der Entstehung läßt Verfasser offen, ist aber geneigt, einen Zusammenhang mit embryogenetischen Verhältnissen anzunehmen.

8. Die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten, von Gustav Heim-Bonn. Während einer mehrjährigen ärztlichen Tätigkeit in Deutsch-Südwestafrika fiel dem Verfasser die erschreckend starke Verbreitung der Geschlechtskrankheiten auf. Er hat sich dadurch veranlaßt gefühlt, nachzuforschen, wie es allgemein in den deutschen Schutzgebieten damit bestellt sei, und hat mittels Umfrage bei den an den verschiedenen Orten tätigen Ärzten und mittels Durchsicht der über die Schutzgebiete erschienenen Medizinalberichte sich Aufklärung zu verschaffen gesucht. Als Resultat dieser Nachforschungen gibt er Tabellen, die insonderheit die Verbreitung der Syphilis unter Farbigen und unter Europäern verzeichnen. Es geht daraus hervor, daß die Syphilis nicht nur allgemein stark verbreitet ist, sondern stellenweise eine außerordentliche Ausdehnung angenommen hat. Ein Grund zu der Annahme, daß sich der Verlauf der Syphilis von dem in Europa unterscheidet, liegt in keiner Weise vor. Allerdings kommt das primäre und sekundäre Stadium der Syphilis bei den Eingeborenen in der Regel nicht oder nur selten zur Beobachtung, und bei den schweren tertiären Zerstörungen, die häufig gesehen werden, ist sehr darauf zu achten, daß keine Verwechslung mit der Framboësie vorkommt.

Verfasser legt weiterhin dar, welche Maßnahmen zur Prophylaxe bisher getroffen worden sind. Wie weit eine Besserung der Verhältnisse hierdurch erreicht wurde, läßt sich bisher nicht sagen.

9. Über die allgemeine Dermatologie des ʿAlī ibn al-ʿAbbās (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung, von Paul Richter-Berlin. Aus der aus dem zehnten Jahrhundert unserer Zeitrechnung aus Persien stammenden Schrift gibt Verfasser die Übersetzung einzelner Kapitel ohne weitere einleitende Erläuterungen.

Digitized by Google

10. Zur Pathologie der generalisierten exfoliativen Erythrodermien, von Otto Sachs-Wien. Einen bereits 1905 von Finger in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrierten Fall von Erythrodermia exfoliativa generalisata hat Verfasser nachträglich einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen. Die schon aus dem klinischen Bilde und aus dem Obduktionsbefund des Falles gezogene Schlußfolgerung hat sich erweisen lassen, daß es sich um eine unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verlaufende Lymphdrüsentuberkulose gehandelt hat mit gleichzeitiger generalisierter exfoliierender Erythrodermie.

Wie in anderen Fällen, so ist auch hier die Therapie machtlos gewesen; Verfasser regt an, künftighin zu versuchen, solche Erythrodermien auf pseudoleukämischer oder leukämischer Basis mit Radiumemanation, Thorium X oder Benzol zu behandeln; vielleicht wäre auch der Weg einer organotherapeutischen Beeinflussung mit normalem Lymphdrüsenextrakt denkbar.

11. Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids (Pemphigus neonatorum resp. infantilis), seiner Beziehungen zur Ritter von Rittershainschen Dermatitis exfoliativa neonatorum und zur Impetigo contagiosa (s. vulgaris) staphylogenes, von L. Hoffmann-München. Ein an der Berner Klinik beobachteter Fall, der sicher staphylogener Natur war, wird eingehend mitgeteilt und an der Hand der zum Vergleiche mitgeteilten Literatur folgende Schlußfolgerungen gezogen:

„1. Das Pemphigoid der Neugeborenen scheint wesentlich auf einer reinen Staphylokokkeninfektion zu beruhen.

2. Es stand in unserem Fall in ätiologischer Beziehung zu einem klinisch und bakteriologisch typischen Fall von Impetigo contagiosa s. vulgaris staphylogenes, die sich durch ganz dünne Krusten, Abheilung mit mehr bräunlicher Verfärbung und atypischer Lokalisation von der typischen streptogenen Form unterschied.

3. Es gibt aber auch bei älteren Kindern rein staphylogene seröse Blasen in Kombination mit eitrigen staphylogenen Pyodermien.

4. Die Ritter von Rittershainsche Dermatitis exfoliativa ging in unserem Falle in ein Pemphigoid über; diese Beobachtung spricht von neuem für die ätiologische Identität beider Krankheiten, von denen die erstere vor allem in den allerersten Tagen zustande zu kommen scheint.

5. Weitere Untersuchung werden ergeben müssen, ob, wie es in unserem Falle schien, die Staphylokokkämie die eventuelle Malignität des Verlaufs (bei beiden Krankheiten) bedingt."

12. Weitere Beiträge zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica (Matzenauer-Polland), von Rudolf Polland-Graz. Verfasser berichtet über den weiteren Verlauf der früher mitgeteilten Fälle, bringt ausführlich fünf neue Fälle der gleichen Art, erwähnt ähnliche von anderer Seite mitgeteilte Beobachtungen und zieht daraus den Schluß, daß es sich bei der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica um ein klinisch vollkommen einheitliches, typisches und wohlcharakterisiertes Krankheitsbild handelt, das einen eigenen Namen schon aus praktischen Gründen verdient. Einen Zusammenhang mit einer abnormen Funktion der weiblichen Keimdrüsen ist nicht von der Hand zu weisen, daher auch die Auffassung der Grundursache des Prozesses als eines Toxins berechtigt. Fälle anderer Art mit ausgesprochen herpetischem Charakter, wie sie von Kreibich angeführt worden sind, haben nichts mit der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica zu tun.

13. Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg in den Jahren 1498—1505, von Karl Sudhoff-Leipzig.

15. Zur Entstehung der Pigmentnävi, von J. Kyrle-Wien. Eingehende Mitteilung eigener Untersuchungen, aus denen Verfasser schließt: Die Nävuszellen ent-

Digitized by Google

stehen aus Epidermiszellen durch einen besonderen Metaplasierungsprozeß, der seinerseits die Ursache dafür angibt, daß diese Elemente aus dem Verband der übrigen Epidermis heraustreten, völlig frei werden und so zum „Abtropfen" ins Bindegewebe reif sind. Die schließliche Form, in welcher sich die Nävi mikroskopisch präsentieren, wird bedingt durch das Einwachsen von Bindegewebe zwischen die so veränderten Epithelzellen, also eine volle Bestätigung der schon früher von Unna geäußerten Ansichten.

15. Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee, von Poul Haslund-Kopenhagen. In Finsens Lichtinstitut ist seit zwei Jahren das Kohlensäureschneeverfahren in ausgedehntem Maße geprüft worden. Der in waschledernen Beuteln aufgefangene Kohlensäureschnee wurde in Ebonitröhren verschiedener Weite und mit eingepaßten hölzernen Zylindern zu einem festen Schneezylinder festgestampft, der unter Druck kurze Zeit auf der erkrankten Stelle appliziert wurde. Von Lupus erythematosus-Fällen sind zehn als ausgeheilt, 21 als fast geheilt zu bezeichnen, bei den übrigen mehr oder weniger Besserung zu konstatieren, so daß Verfasser das Kohlensäureschneeverfahren als die Normalmethode zur Behandlung des Lupus erythematosus ansehen möchte. Unter kräftigem Druck wurden Sitzungen von 6—12 bis 15 Sekunden gegeben und dabei meist eine oberflächliche Nekrose erzielt, die unter glatter Narbenbildung ausheilte. Bei vorher mit Röntgen bestrahlten Patienten war die Reaktion oft kräftiger als wünschenswert, woraus hervorgeht, daß bei solchen Fällen mit entsprechend kürzeren Sitzungen vorgegangen werden muß.

Vorzüglich war das Resultat in sieben Fällen von Rosacea; dabei wurde nur mäßiger Druck und geringe Applikationszeiten gewählt.

Bei Nävi, von denen im ganzen 55 Fälle behandelt wurden, ist die Wirkung unsicher; besonders inkonstant bei den flachen Gefäßnävi, besser bei den kavernösen Angiomen und besonders bei den pigmentierten Nävi. Gut ist auch das Resultat bei Warzen und bei beginnenden Epitheliomen, während der Lupus vulgaris sich nach den Erfahrungen der Finsen-Klinik nicht zum Gefrieren eignet. Die Wirkung ist für die allermeisten Fälle viel zu oberflächlich, und der völlige Mangel an bakteriziden Eigenschaften schließt jede Konkurrenz mit der Lichtbehandlung aus.

16. Über eine seltene Erythemform (Erythema chronicum migrans), von B. Lipschütz-Wien. Bei einem 29jährigen Dienstmädchen war es ohne nachweisbare Ursache zum Auftreten eines handtellergroßen roten Herdes in der Gegend des linken Trochanters gekommen, der sich immer mehr ausdehnte und ungewohnte Dimensionen annahm. Anfangs erinnerte die Affektion an das Rosenbachsche Erysipeloid, doch sprach dagegen die viel geringere Infiltration des Hautherdes, der Mangel eines vorausgegangenen, wenn auch geringfügigen Traumas und der Sitz der Krankheit. Die Kranke konnte sieben Monate lang beobachtet werden; während das Erythem sich an den Rändern vorschob, blaßte das Zentrum ab. Verf. schlägt für die außerordentlich seltene Erkrankungsform den Namen Erythema chronicum migrans vor.

17. Zur Kenntnis des Glykogens und des Eleidins in der Oberhaut, von S. Hanawa-Japan. Die von Verfasser an der Universitätsklinik in Bern vorgenommenen Untersuchungen stellten sich die Aufgabe, die Angaben von Unna und Golodetz zu ergänzen. Verfasser resümiert:

„1. Der Glykogennachweis gelingt in den Schweißdrüsen der Fußsohlen Erwachsener mit der Bestschen Methode (weniger gut nach Mayer und mit Jod) fast regelmäßig.

2. Durch mannigfache Farben- und chemische Reaktionen läßt sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit behaupten, daß in den untersten Lagen der Hornschicht Substanzen vorhanden sind, die einige dem Glykogen ähnliche Eigenschaften haben.

Digitized by Google

3. Gewisse Beziehungen scheinen auch zu bestehen zwischen dem Eleidin und dem Glykogen und

4. einer von Verfasser dargestellten „Hämatox-Eleidin" genannten, besonders in der infrabasalen Hornschicht gelegenen, nach Best und mit Hämatoxylin darstellbaren körner- und tröpfchenartigen Substanz, die sich aber tinktoriell und chemisch von beiden unterscheidet und nur nach Wasseralkoholbehandlung in Erscheinung tritt."

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über durch Blennorrhoe und Syphilis bedingte Erkrankungen der Zirkulationsorgane, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1913, Nr. 36.) Eine kurze Zusammenstellung der Symptome der Erkrankungen des Herzens (Endo-, Peri-, Myokarditis) und der Gefäße (Phlebitis), die als Folgeerscheinungen von venerischen Allgemeininfektionen (Blennorrhoe und Syphilis) häufig zu beobachten sind. Im Anschluß kurze Bemerkungen für die Diagnose und praktische Hinweise für die Therapie.

Lasch-Breslau.

Positiver Wassermann bei anscheinend nicht syphilitischen Erkrankungen, von Arthur Newlin-Philadelphia. (Med. Record, 16. Aug. 1913.) Verfasser berichtet 43 Fälle verschiedener Erkrankungen, die zunächst nichts mit Lues zu tun haben, wie sie täglich in der Sprechstunde vorkommen; darunter eine große Anzahl von Epilepsie, Neurasthenie, doch auch Fälle von Nephritis, Ischias, Gelenkerkrankungen, Lähmungen und Kontrakturen usw. In allen diesen Fällen ist der Wassermann positiv gewesen und hat in zahlreichen Fällen nicht nur die der Diagnose zugrunde liegenden tieferen Ursachen aufgeklärt, sondern auch die Patienten geeigneter Behandlung zugeführt. Für Verfasser geht daraus hervor, daß die Blutuntersuchung ganz routinemäßig vorzunehmen ist, da die Ubiquität der Syphilis und ihre proteusartigen Erscheinungsformen in vielen Fällen hinter anscheinend harmlosen alltäglichen Erkrankungen stecken können.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

In Berlin ist eine **Internationale Gesellschaft für Sexualforschung** begründet worden. Der Vorstand besteht aus Geh. Reg.-Rat Dr. Julius Wolf, Prof. der Nationalökonomie an der Technischen Hochschule in Berlin, Vorsitzender; Geh. Konsistorialrat Dr. Reinhold Seeberg, Prof. der syst. Theologie in Berlin, Dr. Hans Gross, Prof. des Strafrechts in Graz, San.-Rat Dr. Albert Moll in Berlin, stellvertretende Vorsitzende; Senatspräsident Dr. v. Strauss und Torney in Berlin, Dr. Max Marcuse in Berlin, Schriftführer.

Dr. Georg Hügel, Assistent an der Klinik von Prof. Wolff zu Straßburg i. E. habilitierte sich daselbst für Dermatologie und Syphilis.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Dezember 1913 | Nr. 50 | Band 57

Über die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln.

Von

Dr. James Colman, Berlin.

Die mannigfachen, zum Teil nicht unerheblichen Schädigungen der Haut nach Gebrauch von Haarfärbemitteln wie nach dem Tragen schlecht gefärbter Pelze haben wegen ihrer Häufigkeit im Laufe der letzten Jahre die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf diesen Gegenstand gelenkt.

Im nachfolgenden soll gezeigt werden, wie es auf chemischem Wege gelingen kann, an und für sich giftigen Färbemitteln ihre hautreizenden Wirkungen zu nehmen, ohne die sonstigen Eigenschaften des Präparats zu beeinflussen.

Ich übergehe die zahllosen vegetabilischen, metallhaltigen und organisch-synthetischen Präparate, die zum Färben der Haare benutzt wurden und zum Teil auch noch heute benutzt werden, und deren physiologische Eigenschaften ich an anderer Stelle [1]) ausführlich besprochen habe, und wende mich zu denjenigen Substanzen, die wegen ihrer großen Färbekraft in den meisten modernen Präparaten zum Färben von menschlichen und tierischen Haaren enthalten sind.

Eine in der Haarfärbepraxis seit Jahrzehnten wohlbekannte Substanz ist die Pyrogallussäure (oder Pyrogallol), welche die Eigenschaft besitzt, in alkalischer Lösung sehr energisch Sauerstoff zu absorbieren und sich dabei zu bräunen. Man kann diese Substanz daher schon allein zum Färben der Haare benutzen, wenn die Färbung nicht momentan, sondern allmählich eintreten soll. Die Pyrogallussäure besitzt ferner die Fähigkeit, Silber aus seinen Salzen zu reduzieren und in fein verteilter Form als Farbe auf dem Haar niederzuschlagen. Als Reduktionsmittel für Metallsalze ist Pyrogallol auch noch heutzutage außerordentlich verbreitet, obwohl Tomaszewski und Erdmann [2]) berichten, daß die Pyrogallussäure „auf der Haut oft genug mehr oder weniger heftige entzündliche Erscheinungen hervorruft und daß ihre Resorption durch Schädigungen des Nervensystems, des Blutes und der Nieren schwere Störungen des gesamten Organismus bedingen kann".

[1]) Joseph, Handbuch der Kosmetik, 1912. — [2]) Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 8.

Digitized by Google

Ein Färbemittel par excellence ist das von Aug. Wilh. v. Hofmann synthetisch hergestellte Para-Phenylendiamin, welches seit vielen Jahren in der Industrie im großen Maßstabe zum Färben von Pelzwaren aller Art gebraucht wird. Es ist bekannt, daß nach dem Tragen von Pelzwaren, insbesondere Pelzkragen oder Stolen, ekzematöse Hautausschläge beobachtet worden sind. Bei der chemischen Untersuchung derartiger beanstandeter Pelze läßt sich in der Regel ein Farbstoff, Bandrowskis Base, nachweisen, dessen Vorhandensein mit Sicherheit beweist, daß der betreffende Pelz mit p-Phenylendiamin gefärbt worden war. Bandrowskis Base ist nun, wie experimentell festgestellt wurde [1]), als absolut unschädlich zu betrachten. Wenn also ein Pelz, in dem Bandrowskis Base gefunden wurde, zu einer Hauterkrankung Veranlassung gegeben hat, so beweist das nur, daß noch Reste von p-Phenylendiamin, dessen hautreizende Wirkungen ich sogleich besprechen werde, vorhanden waren, d. h. daß der Pelz nicht genügend ausgewaschen oder geläutert worden war.

Ein mit p-Phenylendiamin richtig gefärbter und gut geläuterter Pelz kann niemals zu Schädigungen der Haut Veranlassung geben.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn p-Phenylendiamin zum Färben lebenden Haares benutzt wird.

Verschiedene Autoren, wie Kobert [2]), Lewin-Pouchet [3]) und Erdmann [4]), hatten schon auf die Gefährlichkeit des p-Phenylendiamins aufmerksam gemacht und gezeigt, daß es bei innerlicher Darreichung als ausgesprochenes Krampfgift angesehen werden kann und daß Dosen von 0,1 g pro Kilo Körpergewicht letal wirken.

Wichtiger aber — bei seiner äußeren Anwendung als Haarfärbemittel — ist die starke lokale Reizwirkung, die p-Phenylendiamin auf der Haut ausübt. Es ist infolgedessen schon wiederholt, sowohl von Behörden wie von Ärzten, vor dem Gebrauch p-phenylendiaminhaltiger Haarfärbemittel gewarnt worden.

Bei den vorzüglichen Färbeeigenschaften des Präparats wird es aber trotzdem immer wieder benutzt, und es war daher eine gegebene Aufgabe, zu versuchen, ob sich die gesundheitsschädigenden Wirkungen des p-Phenylendiamins vermeiden ließen.

Zum besseren Verständnis des Nachfolgenden möge kurz der chemische Vorgang bei der Färbung mit p-Phenylendiamin erläutert werden.

p-Phenylendiamin selbst ist kein Farbstoff, sondern geht erst bei der Oxydation entweder durch Luftsauerstoff oder durch energischere

---

[1]) Erdmann und Vahlen, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1905, Bd. 53. — [2]) Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen, 1893, S. 444, siehe auch Fortschritte der Medizin, 1890, Nr. 7. — [3]) Lewin-Pouchet, Traité de Toxicologie, Paris 1903. — [4]) Erdmann, Zeitschrift des Allgem. Österr. Apotheker-Vereins, 1906, Nr. 22.

Digitized by Google

Oxydationsmittel, wie Wasserstoffsuperoxyd, in einen tief dunkel gefärbten, schwer löslichen Körper über, der, wie bereits erwähnt, den Namen Bandrowskis Base führt und dessen Bildung die stark färbenden Eigenschaften des p-Phenylendiamins zuzuschreiben sind.

Nach Untersuchungen von Erdmann und Vahlen[1]) sind die außerordentlich heftigen Reizwirkungen, die p-Phenylendiamin auf der Haut ausübt, weder dieser Substanz selbst noch seinem Endoxydationsprodukt (Bandrowskis Base), sondern einem während der Oxydation auftretenden Zwischenprodukt, dem Chinondiimin, zuzuschreiben. Die physiologischen Wirkungen des Chinondiimins sind eingehend studiert worden, und es hat sich gezeigt, daß diese Substanz außerordentlich schwere Reiz- und Ätzwirkungen auf alle Schleimhäute ausübt, mit denen es in Berührung kommt.

Aber auch andere organische Basen, wie Metol, p-Aminophenol, p-Aminodiphenylamin, Naphtylendiamin, die ähnliche färberische Eigenschaften wie p-Phenylendiamin zeigen, sind nicht frei von Reizwirkungen und verursachen bei längerem Verweilen auf normaler Haut ein Dermatitis.

Der erste Versuch zur Entgiftung von Aminbasen rührt von Tomaszewski und Erdmann[2]) her, die gezeigt haben, daß die hautreizenden Wirkungen derartiger Substanzen völlig beseitigt werden können, wenn man die Sulfogruppe, d. h. den Rest der Schwefelsäure, in das Molekül einführt.

So empfahl Erdmann[3]) speziell für Haarfärbezwecke die Natriumsalze der ortho-Aminophenolsulfosäure und der para-Aminodiphenylaminsulfosäure. Ein derartiges sulfuriertes Präparat ist unter dem Namen „Eugatol" im Handel; dasselbe kann im Gegensatz zu den nicht sulfurierten Aminen als hygienisch einwandfrei bezeichnet werden. Es färbt auf dem Haar allerdings ziemlich langsam an, was wohl darin seinen Grund hat, daß durch die Sulfogruppe, die die Entgiftung bewirkt hat, auch die Affinität der Verbindung zum Haar herabgemindert worden ist.

In Gemeinschaft mit A. Loewy[4]) ist es mir nun gelungen, die Entgiftung von Diaminen in anderer Weise zu bewirken, ohne die färberischen Eigenschaften der betreffenden Substanzen zu beeinflussen.

Wir gingen dabei von der Überlegung aus, daß die Bildung des hautreizenden Chinondiimins, das schon durch gelinde Oxydation von p-Phenylendiamin an der Luft entsteht, erschwert bzw. ganz vermieden werden müsse. Zu diesem Zwecke versetzten wir eine p-Phenylendiaminlösung mit der ausreichenden Menge eines unschädlichen, redu-

[1]) Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1905, Bd. 53. — [2]) Münchener med. Wochenschrift, 1906, Nr 8. — [3]) Zeitschrift für ang. Chemie, Bd. 19, H. 23. — [4]) Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 20.

Digitized by Google

zierend wirkenden Salzes, wie z. B. Natriumsulfit, und behandelten mit dieser Lösung eine große Reihe von Versuchstieren.

Es zeigte sich nun, daß bei den mit reinem, nicht entgifteten p-Phenylendiamin gepinselten Kontrolltieren in fast allen Fällen bestimmte Reizwirkungen auf der Haut auftraten, während p-Phenylendiamin, dem genügende Mengen Sulfit zugefügt waren, die zarte Haut der Meerschweinchen intakt ließ; bei einzelnen Kaninchen hingegen entstand eine bald wieder verschwindende Rauhigkeit. Die gleichzeitige Verwendung eines Oxydationsmittels (Wasserstoffsuperoxyd), wie sie der Ausführung des praktischen Haarfärbens entspricht, änderte nichts an der Unschädlichkeit des Mittels. Es geht hieraus hervor, daß in der Tat durch die Anwesenheit des Sulfits das Auftreten schädlicher Zwischenprodukte beim Färben vermieden werden kann. — Es ist dabei zu bemerken, daß gewisse Minimalmengen Sulfit zur Entgiftung unbedingt erforderlich sind, was sich auch experimentell beweisen ließ. Die eben erwähnte Rauhigkeit der Haut, die bei einzelnen Versuchstieren beobachtet wurde, ließ sich vermeiden, wenn man statt p-Phenylendiamin das homologe p-Toluylendiamin mit der entsprechenden Sulfitmenge benutzte. Die mildere Wirkung des Toluylendiamins dem Phenylendiamin gegenüber dürfte in der noch größeren Zersetzlichkeit und Unbeständigkeit seines Chinondiimins eine Erklärung finden.

Das mit Sulfit entgiftete Toluylendiamin haben wir noch bei einzelnen Personen auf dem Rücken aufgetragen und zum Teil antrocknen lassen, ohne irgend welche Reizerscheinungen zu beobachten.

Ein auf Grund unserer Untersuchungen nach den eben erwähnten Prinzipien hergestelltes Präparat, das „Primal“ [1]), hat sich auch in der Praxis als unschädlicher Ersatz für das giftige p-Phenylendiamin als Haarfärbemittel bewährt.

Unsere günstigen Erfahrungen über die hygienischen Eigenschaften des „Primal“ konnten inzwischen durch ausgedehnte klinische Versuche durchaus bestätigt werden. Hiernach zeigt das Präparat auf der Haut keinerlei experimentell nachweisbare schädigende Wirkung. Auf besonders empfindlicher Haut wurde lediglich vorübergehend leichtes Brennen gelegentlich beobachtet.

Ich möchte aber nicht unterlassen, ausdrücklich zu betonen, daß bei individueller Überempfindlichkeit der Haut selbst einem so milde wirkenden Mittel gegenüber in seltenen Fällen einmal eine Idiosynkrasie bestehen kann. Bei Verdacht auf eine besonders empfindliche Haut läßt sich durch Vornahme einer Probefärbung auf einer kleinen Haarpartie vor vollständiger Färbung des Haares eine bestehende anormale Beschaffenheit erkennen.

[1]) Hergestellt von der Actien-Gesellschaft für Anilinfabrikation, Pharm. Abteilung, Berlin SO. 36.

Digitized by Google

Grundlagen und Varianten einer externen Jodtherapie[1]).

(Behandlung der Gonorrhöe mit Joddämpfen.)

Von

Dr. Ig. Saudek, Brünn.

(Mit 1 Abbildung.)

Die erstaunlichen Erfolge der Grossichschen Hautdesinfektion mit Jodtinktur haben vor anderthalb Jahren in mir den Gedanken geweckt, bei infektiösen Schleimhautkatarrhen, insbesondere der Gonorrhöe, Jod extern in Anwendung zu bringen. Eine Mitteilung im Monde médical im April vorigen Jahres, in welcher an Stelle der reizenden Jodtinktur die Applikation von Joddämpfen zur Desinfektion der äußeren Haut resp. Behandlung von Fistelgängen empfohlen wurde, veranlaßte mich, der therapeutischen Anwendung von Joddämpfen bei der Gonorrhöe näherzutreten. Es schien mir von vornherein wahrscheinlich, daß die starke bakterizide Kraft des Jod bei dessen Anwendung in Gasform und gewissermaßen in statu nascendi noch mehr in Erscheinung treten müßte, und daß überdies die Dämpfe leichter den Weg in die zahlreichen Ausstülpungen und Ausbuchtungen der Urethralschleimhaut finden würden.

Auf der Suche nach einem geeigneten Apparate zur Erzeugung der Dämpfe fand ich den Jodbläser nach Prof. Jungengel vor. Auch von diesem Verfasser waren Joddämpfe zur chirurgischen Desinfektion und insbesondere zur Behandlung von tuberkulösen Fistelgängen mit bestem Erfolge verwendet worden.

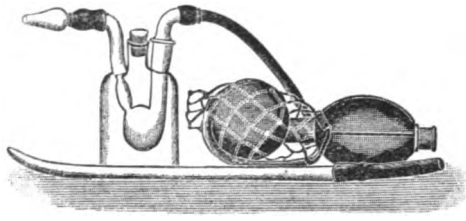
Ich habe zu meinen Versuchen vorwiegend den Jungengelschen Apparat, welchen mir die Firma Reiniger, Gebbert & Schall in bereitwilligster Weise zur Verfügung stellte, benutzt, weswegen ich eine kurze Beschreibung desselben einschalte:

Der Jungengelsche Jodbläser besteht im wesentlichen aus einem zylindrischen Handgriffe mit elektrischen Stromzuleitungen und enthält einen Glasbehälter, in welchen das Jod in Substanz eingefüllt wird. Vermittels eines Gebläses wird ein Luftstrom durch den hohlen Handgriff an einer Glühlampe vorbeigetrieben und entsprechend erwärmt. Die so erwärmte und bewegte Luft gelangt in den Behälter, wo sie das Jod zum Verdampfen bringt. Die Joddämpfe passieren darauf ein Platinfilter, um

[1]) Vortrag, bestimmt für die dermatologische Sektion der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien 1913.

Digitized by Google

von groben Partikelchen befreit, durch einen rechtwinklig durchbohrten Glasstöpsel und daran sich anschließenden Glasansatz nach außen zu treten. An den Glasansatz können vermittels eingefügter Kautschukröhren beliebige Applikationsapparate angeschlossen werden. Ich habe nach diesem Apparate einen einfacheren benutzt, welcher von Dr. Kučera, Sekundararzt der Brünner Gebäranstalt, konstruiert wurde. Bei diesem ist der Jodbehälter von einem Glasmantel umfaßt, welcher mit heißem Wasser gefüllt wird[1]).



Um über die bakterizide Wirkung der Joddämpfe ein Urteil zu gewinnen, habe ich im bakteriologischen Institute von Prof. Sternberg in Brünn, dem ich mich für die Unterstützung meiner Arbeit sehr verpflichtet fühle, Versuche angestellt.

Zunächst wurden auf Serumagarplatten Gonokokkenkulturen angelegt. Sofort nach der Impfung wurden die Platten $^1/_2$, 1, 2, 3, 4, 5 Minuten mit Joddämpfen beblasen und sodann in den Thermostaten gebracht. In allen diesen Versuchen blieben die Platten steril, während Gonokokken-Kontrollplatten, welche nicht mit Jod behandelt wurden, gut gewachsen waren.

In einer anderen Versuchsreihe wurde der Nährboden drei resp. fünf Minuten beblasen und sodann in zwei Versuchen unmittelbar danach beimpft, in je einem nach fünf und zehn Minuten. In letzterem Falle (Impfung zehn Minuten nach Jodierung) gingen die Kulturen an, während in den anderen Fällen die Platten steril blieben.

In einer dritten Versuchsreihe wurden 24 stündige Gonokokkenkulturen je fünf und vier Minuten mit Joddämpfen beblasen, hierauf eine viertel Stunde gewartet, bis die recht intensive Braunfärbung sich verloren hatte, und sodann auf frische Nährböden überimpft. Sämtliche Platten blieben steril.

Aus diesen Versuchen ging hervor, daß Joddämpfe auf Bakterien abtötend wirken, doch konnte bei der angewendeten Methodik nicht angegeben werden, welche Jodmengen hierzu notwendig sind. Um auch dies aufzuklären, bestimmte ich mittels maßanalytischer Methoden das Jodquantum, welches bei 100 Ballonkompressionen aus dem Glasapparate austritt. Dasselbe beträgt bei 60° C und einem hierbei ausgetriebenen Luftquantum von 5560 ccm 0,01276 g Jod.

[1]) Dieser kleine und handliche Apparat ist bei der Firma Josef & Ludwig Hlavka, chirurgische Instrumentenerzeugung, Brünn, Lichtensteingasse 1, mit Gebläse usw. um den Preis von 8 Kronen erhältlich.

Digitized by Google

Die weiteren Versuche wurden nun so ausgeführt, daß die Platten mit 200, 250, 300, 350 und 400 Ballonkompressionen beblasen wurden, was einem ungefähren Jodquantum von 0,0255, 0,0319, 0,0383, 0,0447, 0,0510 g entspricht. Zur Verwendung gelangten 24 stündige Agarplattenkulturen von je einem Stamme von Staphylococcus aureus, Bacterium coli und Vibrio Deneke. Diese Versuche ergaben folgende Resultate: bei 400 und 350 Ballonkompressionen wurden die 24 stündigen Kulturen in allen Versuchen abgetötet. Bei 300 Kompressionen wurden Kulturen von Bacterium coli abgetötet, von Vibrio Deneke nicht. Bei Staphylococcus aureus war das Ergebnis ein wechselndes. Auf die Tiefenwirkung läßt sich aus diesen Versuchen nicht schließen. — Um eine Vorstellung darüber zu gewinnen, wieweit sich die Wirkung der Joddämpfe im geschlossenen Glasgefäße erstreckt, wurden dieselben Versuche an schrägen Agarröhrchen wiederholt, welche von ihrer Mündung her beblasen wurden. Es wurde sodann getrennt von den proximalen und distalen Partien der Röhrchen abgeimpft.

Diese Versuche ergaben im wesentlichen dasselbe Resultat, nur zeigte sich in einzelnen Fällen im proximalen Teile vollständige Abtötung, während im distalen Teile, wohin die Dämpfe nur in geringerer Menge vorgedrungen waren, bloß eine beträchtliche Keimverminderung eingetreten war.

Es berechtigen also meine Versuche zu dem Schlusse, daß Joddämpfe bei der angewendeten Methodik bereits in geringen Mengen die untersuchten Bakterien abzutöten vermögen.

Nachdem ich die ersten Versuche mit der Applikation von Joddämpfen auf die menschliche Urethra an mir selbst vorgenommen und dabei festgestellt hatte, daß außer einem leichten Brennen keinerlei Reaktion auftrat, schritt ich zur ersten Anwendung an Patienten. Mit Rücksicht auf die Verhältnisse der Privatpraxis konnte ich vorerst nur eine Kombination mit der üblichen Silbertherapie versuchen. Doch hatte ich gleich den Eindruck, daß durch die Anwendung der Joddämpfe eine Beschleunigung der Heilungsdauer erzielt werde. Ich konnte ein rascheres Verschwinden der Gonokokken erreichen; der Ausfluß wandelte sich in kurzer Zeit vom eitrigen zum serösen, manchmal hämorrhagisch tingierten um, und konnte ich gerade in einigen der ersten Fälle eine vollständige Ausheilung der Gonorrhöe in 14 Tagen und weniger erzielen.

Diese ermutigenden Erfolge veranlaßten mich, die Methode mit ausschließlicher Verwendung von Joddämpfen auch bei weiblicher Gonorrhöe zu erproben. Die Versuche wurden von Herrn Dr. Kučera, Sekundararzt der Brünner Landes-Gebäranstalt, mit Genehmigung des Vorstandes, Herrn Regierungsrates Riedinger auf der gynäkologischen

Digitized by Google

Abteilung ausgeführt, worüber Herr Dr. Kučera folgenden Bericht erstattet.

Es wurden seit November vorigen Jahres behandelt: drei akute Vaginitiden (Gonokokken positiv) und zwar kombiniert mit Irrigationen und Joddämpfen. Alle drei geheilt, Maximalapplikation sechsmal. Acht Urethritiden (bei fünf Gonokokken positiv), innerlich Urotropin. Nach neun bis zehn Sitzungen weder Sekret noch Gonokokken nachweisbar. Vier akute Zystitiden mit stürmischen Erscheinungen, nach vier bis fünf Sitzungen geheilt; Diät und innerlich Urotropin. 17 Fälle von subchronischer Zystitis mit leichteren Beschwerden beim Urinieren, in acht Fällen kombiniert mit Urethralausfluß (Gonokokken positiv).

Alle Fälle wurden ambulatorisch behandelt. In zwölf Fällen wurde vor der Insufflation die Blase mit 2% Borsäurelösung gewaschen. Alle Fälle geheilt nach höchstens 20 Jodeinblasungen.

Sechs Fälle von chronischer Zystitis, die auf verschiedene Weise sowohl privat wie im Institute vergeblich behandelt worden waren, wurden kombiniert, mit Borsäureausspülung und Joddämpfen, Urotropin und Diät behandelt. Vier Fälle davon wurden geheilt, zwei verließen gebessert das Institut und kamen nicht mehr zur Revision. Die höchste Zahl der Insufflationen betrug 32. Ich habe mich sodann an Herrn Primarius Prof. Spietschka gewendet, welcher mir in entgegenkommendster Weise das Material seiner Abteilung zur Verfügung stellte und meine Untersuchungen in jeder Weise förderte. Ich habe auch hier vorerst kombiniert behandelt und bin dann erst zu reiner Jodapplikation vorgeschritten. In acht Fällen, welche fortlaufend auch mikroskopisch untersucht wurden, konnte ich nach acht bis zehn Tagen das Verschwinden der Gonokokken im Sekrete konstatieren und etwa nach drei Wochen eine Ausheilung, resp. so weit gehende Besserung erzielen, daß eine nur mehr adstringierende Nachbehandlung des postgonorrhoischen Katarrhes notwendig war. In diesen Fällen, welche ausschließlich mit Joddämpfen behandelt und soweit das infektiöse Stadium in Betracht kommt, durch diese geheilt wurden, erfolgte die Einblasung dreimal täglich, was die Patienten zum Teil selbst ausführten.

In einer geringeren Anzahl von Fällen gonorrhöischen Blasenkatarrhs bei Männern habe ich die Joddämpfe mittels eines Nelatonkatheters in die Harnblase insuffliert und auch hier befriedigende Resultate erzielt. So wurde in einem Falle einer hartnäckigen Zystitis, welche durch lange Zeit fortgesetzte Protargolinstillationen nicht zu bessern war, nach einer einzigen Insufflation in die Blase eine andauernde Klärung des Urins erreicht.

Ich habe neben diesen reinen Jodfällen weitere 15 kombinierend mit

Digitized by Google

Argyrol und Protargolinjektionen auf der Abteilung von Primar Spietschka und ebensoviel in meiner Praxis behandelt und eine durchschnittliche Heilungsdauer von drei Wochen erzielt. Rezidive nach einem symptomfreien Intervalle von einer Woche und darüber kamen in einigen Fällen vor, doch wurden sie durch erneute kombinierte Therapie bald behoben.

Daß der Prozentsatz von Erkrankungen der hinteren Harnröhre durch die Jodtherapie in dem einen oder anderen Sinne geändert wurde, ist mir nicht aufgefallen. Zwei Fälle von Epidydimitiden stellten sich nach groben Exzessen ein. Zu Beginn meiner klinischen Versuche beobachtete ich nach den Einblasungen mehrmals Blutungen oder heftigere Reizerscheinungen. Diese ohne weiteren Schaden verlaufenden Störungen habe ich in letzter Zeit bei Verbesserung der Technik und des Apparats nicht mehr beobachtet.

Was nun die Technik der Insufflationen betrifft, habe ich anfangs die Dämpfe durch eine Glasolive in die Urethra geblasen. Dabei war es nicht zu vermeiden, daß sich die Dämpfe in den vorderen Partien stärker kondensierten und hier reizten, während die hinteren Partien ungenügend sterilisiert wurden. Darum ziehe ich es vor, bei genügend weitem Orifizium ein dünnes Drainröhrchen einzuführen und beim Herausziehen die einzelnen Urethralpartien nacheinander zu beblasen. Hierbei erzielte ich einen stärkeren therapeutischen Effekt bei geringerer Reizung. Eine vorhergehende Austupfung resp. Auswischung der Urethra erscheint mir von Nutzen[1]). Wiewohl ich in erster Linie die Behandlung der Gonorrhöe ins Auge gefaßt hatte, wurde auf meine Anregung die Wirksamkeit der Joddämpfe auch schon bei anderen Erkrankungen erprobt. So haben mir mehrere Brünner Ohrenärzte berichtet, daß die Insufflation von Joddämpfen sich ihnen bei mehreren Fällen von Otitis media suppur. mit großer Trommelfellperforation gut bewährt habe. Auf mein Ersuchen ließ Herr Primar Leischner diese Jodtherapie auf seiner chirurgischen Abteilung erproben. Der Bericht seiner Station lautet dahin, daß die Joddämpfe bei schlaffen Granulationen, Skrofuloderma, Karies eine beschleunigte Reinigung und Heilung der Geschwüre bewirkten und in fünf Fällen eine Pyozyaneusinfektion rasch beseitigten.

Auch ein anderer chirurgisch tätiger Kollege, Dr. Navratil, welcher sich viel mit der Jodtherapie beschäftigte, berichtet mir über sehr günstige Erfolge bei Otitiden, einer sterkoralen Fistel, zwei Zystitiden, einem Karbunkel und einem Falle von diabetischer Gangrän.

Ich will nur noch einiges zur Frage der Priorität erwähnen. Die

---

[1]) Es empfiehlt sich, bei akuten Prozessen die Schleimhaut nicht allzu stark und allzu jäh zu dehnen.

Digitized by Google

Idee der externen Anwendung von Jod bei Gonorrhöe ist mir spontan unter dem Eindrucke der Grossichschen Desinfektionsmethode gekommen. Die spezielle Anregung zur Applikation von Jod in Dampfform verdanke ich dem erwähnten Artikel im Monde médical, wo ebenso wie in der viel später von mir gelesenen Arbeit von Jungengel nur von chirurgischer Anwendung die Rede war. Nachdem meine bakteriologischen Vorarbeiten schon zu den mitgeteilten Resultaten geführt hatten und ich auch die ersten klinisch therapeutischen Versuche mit Erfolg durchgeführt hatte, fand ich in der Wiener klinischen Wochenschrift vom 31. Oktober 1912, Nr. 44 ein Referat aus der Semaine medicale, in welchem über 17 Fälle erfolgreich von Gaston Farnarier mit Joddämpfen behandelter Zystitiden berichtet wird. In der mir zugängigen deutschen Fachliteratur habe ich keine Erwähnung einer Behandlung der Gonorrhöe mit Joddämpfen vorgefunden. Ich bin mir bewußt, keine statistisch genaue Berichterstattung über Behandlung mit Joddämpfen zu bringen. An diesem Mangel sind äußere Umstände zum Teil schuld. Doch glaube ich, und dies ist mit der Zweck dieses Vortrages, zur weiteren Erprobung dieser Methode in chirurgischen und insbesondere urologischen Fällen auf Grund einjähriger, zum größten Teil günstiger Erfahrungen auffordern zu dürfen.

Aus der Praxis.

Trockene Behandlung der venerischen Geschwüre.

Von

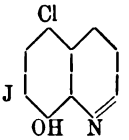
Dr. Eugen Jacques Goldberger, Budapest.

In der Therapie der venerischen Geschwüre gelangen in neuerer Zeit die pulverförmigen Antiseptika immer mehr zur Geltung. Es ist eine alte klinische Erfahrung — und dies bestätigen auch die experimentellen Laboratoriumsuntersuchungen —, daß die Wirkung eines Antiseptikums viel intensiver ist, wenn das angewandte Mittel gleichzeitig sogenannte „trocknende" Wirkung besitzt. Diese letztere Eigenschaft ist besonders bei der Behandlung venerischer Ulzerationen von recht wohltätiger Wirkung. Das Ulcus molle, sei es durch die von Ducrey beschriebenen Streptobazillen oder durch Mischinfektion verursacht, kann, vom pathologischen Standpunkt aus betrachtet, insbesondere als eine Infektion gelten, bei welcher wir das Optimum der Genesung nur dann erzielen werden, wenn uns ein Desinfektionsmittel zur Verfügung steht, das trotz der chemischen Einflüsse der kranken Gewebe stark bakterizid zu wirken vermag, ohne Stoffe auszuspalten, die das Gewebe reizen.

Das älteste Präparat, das für die angedeuteten Zwecke Verwendung gefunden hat, ist das Jodoform. Wegen seines übeln Geruches und seiner namhaften Toxizität wird dasselbe zwar heutzutage meist durch Surrogate ersetzt. Etliche dieser

Digitized by Google

Ersatzpräparate sind jodhaltig, z. B. Jodol, Aristol; alle diese Präparate haben jedoch den Hauptfehler, daß sie das Jod in sehr lockerer Bindung enthalten und deshalb nicht nur toxisch, sondern auch ätzend wirken. Eine andere Gruppe von Ersatzmitteln des Jodoforms sind Wismutverbindungen, wie z. B. das Xeroform und das Dermatol. Diesen kommt aber eine so geringe antiseptische Wirkung zu, daß die Heilung der damit behandelten venerischen Geschwüre äußerst schlaff vor sich geht und sich in die Länge zieht. Bei den schwereren Fällen aber, wo auch die Lymphgefäße affiziert sind, sind dieselben beinahe ohne jede Wirkung. Das Airol, welches Wismut und Jod kombiniert enthält, hält das Jod ebenfalls nur in sehr lockerer Bindung, was wohl die Ursache ist, daß dasselbe in größeren Quantitäten angewandt, ebenfalls toxisch wirkt. Auch besitzt Airol einen starken, äußerst unangenehmen Geruch. Für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel des Jodoforms kann aber die von Prof. TAVEL (1) bakteriologisch und klinisch studierte Jodverbindung, das Vioform, gelten. Vioform ist ein vollkommen geruchloses, in Wasser unlösliches, graugelbes, äußerst leichtes Pulver von folgender chemischen Formel:



Vioform ist also anzusprechen als Chlorjodoxychinolin.

Aus den Untersuchungen DONATHS wissen wir, daß Chinolin selbst antiseptische, antifermentative und antipyretische Wirkung besitzt, und diese dreifache Eigenschaft desselben ist zur Behandlung venerischer Ulzerationen von außerordentlicher Wichtigkeit. Oxychinolin ist aber das Phenol aus der Chinolinreihe, und genau so wie bei der Karbolsäure wird die antiseptische Kraft des ohnehin schon stark wirksamen Oxychinolins noch wesentlich erhöht durch Halogensubstitution. Es ist aber leicht einzusehen, daß durch diese Einführung von Chlor und Jod in das Oxychinolin ein Antiseptikum von außerordentlicher Kraft resultieren muß. Vioform ist auf dieser Überlegung aufgebaut und bewahrt gleichzeitig die antifermentativen und antipyretischen Eigenschaften des Chinolins selbst. Die klinischen Erfahrungen mit Vioform bestätigen diese theoretischen Überlegungen aufs beste, indem sie zeigen, daß bei der Anwendung von Vioform ein rascher Heilerfolg gewährleistet ist. Bevor ich aber zur Besprechung der Resultate, die ich bei der praktischen Anwendung des Vioform erzielt habe, übergehe, möchte ich einige Worte über die Anwendung des Vioforms bei Ulcus durum lueticum einfügen. Beim Ulcus durum wirkt das Vioform in zwei Richtungen, und zwar beseitigt es in erster Linie infolge seiner großen antiseptischen Kraft in auffallend kurzer Zeit die Mischinfektion, welche das Krankheitsbild hier und da ziemlich unklar machen. Vioform wirkt aber auch recht wohltätig auf das spezifische Geschwür selbst, indem es das Nässen des Geschwürs rasch beseitigt, die Infiltration der Umgebung vermindert, so daß das Geschwür ausgesprochen „hart" zu befühlen ist; auch wird die Granulation der Wundfläche sehr befördert. Diese ausgesprochener werdende „Härte" des Geschwüres auf Vioformbehandlung ist von diagnostischem Werte, da man bei nicht luetischen Geschwüren eine derartige Wirkung des Vioforms niemals beobachten kann.

Die hier angeführten Eigenheiten können in der praktischen Anwendung alle recht gut beobachtet werden, wie dies die nachstehenden Krankheitsfälle näher illustrieren werden.

Digitized by Google

1. J. Sz., Beamter, 26 Jahre alt, Koitus vor vier Tagen, 24 Stunden nachher fühlte er brennendes Jucken, vor zwei Tagen bemerkte er mehrere kleine Bläschen, welche am Morgen des Untersuchungstages teilweise platzten und sich in kleine ovale und runde Geschwüre umwandelten. Therapie: Die exulzerierten und pustulösen Partien des Gliedes werden mit Vioform gründlich in dicker Schicht bestreut. Trockenverband. Tags darauf eitern die Geschwüre kaum mehr, die Pusteln exulzerieren nur teilweise, teilweise schrumpfen sie zusammen. Therapie dieselbe. Drei Tage darauf zeigt sich kaum einige Sekretion, die Geschwüre beginnen zu granulieren. Therapie dieselbe. Am sechsten Tage vollständige Genesung.

2. Dr. F. D., Advokatenkandidat, 22 Jahre alt, meldet sich mit einem am Frenulum sitzenden, etwas blutenden Geschwürkranz. Letzter Koitus vor sechs Tagen. Die Ulzerationen eitern ziemlich reichlich. Monoadenitis dolorosa lateris sinistri. Therapie: Die Geschwüre werden an ihren Oberflächen abgekratzt, reichlich mit Vioform bestreut, dann Trockenverband. In der Inguinalgegend warme Umschläge. Tags darauf neuerliches Abkratzen und Vioformverband. Am vierten Tage begann die Eiterung aufzuhören und die Drüsen flachen zusehends ab. Genesung am achten Tage.

3. K. L., Beamter, 20 Jahre alt, meldet sich an meiner Ordination mit der Angabe, daß er vor neun Tagen „weichen Schanker" bekam, dem sich seit zwei Tagen auch „Tripper" angeschlossen. Er behandelte denselben bisher selbst mit Kuprisulfatlösung.

Status praesens: Glans und Präputium sind ödematös geschwollen, vom Präputialsack her beobachtet man reichliche übelriechende Eiterung, das Orif. extern. Urethrae ist frei. Nach erfolgreichem Zurückschieben des Präputium ist an der inneren Oberwand desselben ein einen halben Heller großes Ulzeratio zu sehen, welchem entsprechend am Glanse ein konfluiertes Geschwür korrespondiert, im Sulcus coronarius sieht man konfluierte Geschwüre, welche leicht bluten. In der Gegend der rechten Inguinalis sieht man lebhaft rote Entzündung, dies besonders an der erhabenen Partie, welche bei Betastung schmerzt und gut wahrnehmbar fluktuiert. Therapie: Die Geschwüre werden mit konzentrierter Karbolsäure energisch geätzt, nachher mit Vioformgaze tamponiert. Die Behandlung der Bubonen wird auf Bitte des Kranken auf den folgenden Tag verschoben, und so ordiniere ich nur Ruhe und Umschläge. Tags darauf ist die Anschwellung von Glans und Präputium abgeflacht, der Kranke fiebert noch immer, die Fluktuation des Bubo ist vollkommen ausgesprochen. Therapie: Die Behandlung des Geschwüres wie am vorhergehenden Tage, die Behandlung des Bubo: Ausführung der Neisser-Buschkeschen Operation mit der Modifizierung, daß statt des Jodoforms 10%ige Glyzerin-Suspension von Vioform zur Anwendung gelangt. Dem Kranken ordiniere ich zweitägige Bettruhe. Drei Tage später hatte sich der Zustand des Penis wesentlich gebessert, die Geschwüre eitern nur wenig. Die Entzündung und Schmerzhaftigkeit über dem Bubo hatte aufgehört, auf Druck kann Eiter nicht mehr ausgepreßt werden. Therapie: Bestreuung der Geschwüre mit Vioform, in die kleine Wundöffnung des Bubo Vioformgaze-Dränage. Nach sechs Tagen hochgradige Rückbildung der Geschwüre, Eiterung in Abnahme, am Bubo die Dränöffnung vollkommen geschlossen. Nach neun Tagen granulieren die Geschwüre beinahe vollständig, am elften Tage Genesung.

J. M., 20jährige Patientin. An den kleinen Schamlippen acht bis zehn kleine Geschwüre, teilweise konfluiert, Inguinaldrüsen sind frei, der Introitus vaginae ebenfalls frei. Therapie: Gründliche Vioformbestreuung, beiderseits des Introitus vaginae Vioformgaze. Genesung nach drei Tagen.

E. Sz., 19jährige Patientin. An den kleinen Schamlippen mehrere konfluierte Geschwüre, welche gegen den Introitus vaginae zu eingriffen, und kann mit Spekulum auch an der Portio Geschwür beobachtet werden. Therapie wie im vorigen Falle, ferner Vioform-Vaginal-Globuli in folgender Zusammenstellung: Rp. Vioformii grta 5, Butyr. cacaonis qu. sat. ut fiant glob. vag. N. X. DS. Früh und abends ein Stück zu verbrauchen. Genesung innerhalb sechs Tagen.

Bezüglich des Ulcus molle könnte ich noch über mehrere Fälle berichten, doch bietet die Detailbeschreibung derselben kein Interesse, da sie schablonenmäßig beginnende Prozesse darstellen, welche auf Vioformbestreuung in 3—4 Tagen heilten.

Digitized by Google

Und nun gehe ich zur Vioformbehandlung der primären Sclerosis luetica über. Die Behandlung der primären Sclerosis luetica ist in der Praxis in der Regel recht stiefmütterlich, und sehr viele begnügen sich auch mit Borsalbenverbänden oder mit adstringierenden, antiseptischen Umschlägen, wo doch bei diesem Verfahren die Granulation der Geschwüre, trotz einer energischen antiluetischen Kur, sehr träge ist und hierbei dieses Verfahren, insbesondere in solchen Fällen, wo das initiale Geschwür nicht in genügend prägnanter Form zutage tritt, die genauere Diagnose manchmal auf längere Zeit vereitelt. Ein solch interessanter Fall ist der folgende:

N. B., Beamter, 26 Jahre alt, erscheint auf der Ambulanz, wo man an ihm Balanitis feststellt und Umschläge mit Cuprum sulphuricum verordnet mit der Verheißung, sein Übel wird in einigen Tagen vergehen. Indem er nach Verlauf einer Woche keine Besserung beobachtet, suchte er mich wieder auf.

Status praesens: Bei dem Kranken ist das Präputium kaum geschwollen, das Zurückziehen ist mit geringen Schmerzen verbunden, verhältnismäßig wenig Eiter. An der Glans bemerkt man hier und da ein arrodiertes Herpesbläschen. Am Frenulum ist bei sorgsamer Beobachtung ein kleines, nicht charakteristisches Geschwür zu erkennen, dessen Befühlung unausgesprochen ist. Exspektative Therapie mit Vioformbestreuung. Nach vier Tagen ist eine Sekretion kaum mehr zu sehen, das Geschwür am Frenulum klärt sich und verbreitet sich blattartig beiderseits in die Umgebung ohne scharfe Grenze. Die inguinalen Drüsen können in der inguinalen Beuge entschieden befühlt werden. Die Spirochätenuntersuchung aus dem Geschwüre ist positiv. Therapie: Energische antiluetische Schmierkur, eine weitere Bestreuung des Geschwüres mit Vioform. Das Geschwüre vernarbt bei weiterem Gange der Behandlung in zehn Tagen.

Im nachstehenden werde ich einige Fälle beschreiben, bei welchen ich die primäre Sclerosis luetica, bei energischer antiluetischer Kur, örtlich mit Vioform behandelte.

F. K., Ingenieur, 24 Jahre alt. Primäres Geschwür am Sulcus coronarius, ausgesprochen knorpelartig zu befühlen, die Oberfläche nässelt mit wenig Eiter. Bei täglicher systematischer Schmierkur und unter Vioform beginnt das Geschwür in acht Tagen einzunarben.

L. F., Beamter, 21 Jahre alt. Primäre Sklerose am Sulcus coronarius sitzend. Die Ränder sind typisch scharf begrenzt, die Oberfläche des Geschwürs ist grünlichgelb und sezerniert viel Eiter, so daß die erste Diagnose lautete eher für Ulcus molle. Durch drei Tage exspektative Therapie mit Vioformbestreuung. Nach Verlauf dieser Zeit konnte auf der Oberfläche des Geschwürs Eiterung kaum wahrgenommen werden, die scharfe Begrenzung des Wundrandes verliert sich, und die knorpelartige Härte des Geschwürs wird ausgesprochener, so daß die Diagnose eines Chancre mixte angenommen werden kann. Die ferneren klinischen Erscheinungen bestätigen den luetischen Charakter des Geschwürs. Therapie: Antiluetische Kur und lokale Vioformbehandlung. Am elften Tage hatte die Einnarbung begonnen.

J. V., Journalist, 24 Jahre alt. An der Glans Geschwür von Zweiheller-Größe, dessen Konsistenz nicht ausgesprochen ist, an der Oberfläche ziemliche Eiterung, die Ränder sind nicht charakteristisch. Beiderseits sind die Inguinaldrüsen gut tastbar und nicht schmerzhaft. Exspektative Therapie mit Vioform, der Grund des Geschwürs klärt sich, die Eiterung verringert sich, und die Ränder sind begrenzt. Auf mehrmalige Spirochätenuntersuchung schließlich ein positives Resultat. Therapie: Energische antiluetische Kur. Bestreuung des Geschwürs mit Vioform. Nach zwölf Tagen war die primäre Sklerosis vernarbt. Noch bei drei typischen Primärbehandlungen machte ich die Beobachtung, daß die Anwendung des Vioforms von dem Gesichtspunkte der lokalen Behandlung viel zweckmäßiger ist und schneller zum Erfolg führt als die aller anderen Antiseptika. Das Einnarben des Geschwürs erfolgte stets innerhalb 10—14 Tagen.

Die hier beschriebenen wenigen Fälle werden wohl genügend beweisen können, daß in der Behandlung der venerischen Geschwüre die Anwendung der pulverförmigen Antiseptika das allerzweckmäßigste ist. Diese Feststellung ist nicht neueren

Digitized by Google

Datums, vielmehr gelangte eine lange Reihe der besten Verfasser zu gleichen Resultaten. Die meisten derselben empfehlen jedoch Jodoform, doch die praktizierenden Ärzte, insbesondere in der Privatpraxis, tragen der Anwendung desselben mit vollstem Rechte die größte Abneigung entgegen. Unter den Ersatzmitteln des Jodoforms besitzt — außer dem Vioform — keines jene pharmakodymamische Wirkung, welche wir bei der Behandlung der venerischen Geschwüre so sehr bedürfen, und deshalb ist die Anwendung des Vioforms von dem Gesichtspunkte der Therapie von wesentlicher Bedeutung. PELISSIER (2) wies bei venerischen Geschwüren zuerst auf die Anwendung des Vioforms. Aber seine Angaben erstrecken sich nur auf die beim Ulcus molle wahrnehmbaren Resultate, und deshalb hielt ich es für zweckmäßig, in Fällen von Chancre mixte und Ulcus durum lueticum Untersuchungen auszuführen.

Die hier angeführten Krankheitsfälle beweisen es, daß Vioform in der Therapie des Ulcus molle alle anderen Mittel überflüssig macht, daß es in Fällen von Chancre mixte ein nützliches differentialdiagnostisches Mittel bildet und in Fällen von Ulcus durum lueticum für die lokale Behandlung des Geschwürs das zweckmäßigste Antiseptikum ist.

Literatur.

1. TAVEL, Bakteriologisches und Klinisches über Vioform. Zeitschrift für Chirurgie, 1900, Bd. 54. — 2. PELISSIER, Quelques applications du Vioforme en vénéreologie. Gaz. des hôp., 1911, Nr. 47.

Henri Tenneson †.

Alle diejenigen, welche am Hôpital Saint-Louis die durch das Wirken von VIDAL, BESNIER und FOURNIER ruhmreich gewordene Epoche der Jahre 1880—1900 miterlebt haben, dürften geneigt sein, die Erscheinung HENRI TENNESONS, der in der Zeit von 1889—1900 dort Hospitalarzt war, als einen Stern zweiter Größe zu betrachten. Es ist dies auch sehr wohl erklärlich — denn überall und immer hat es Männer gegeben, deren Persönlichkeit die Aufmerksamkeit in ihren Bann zwingt, während andere einzig von dem Bestreben erfüllt sind, überall ohne Geräusch vorüberzuziehen; zu dieser letzteren Gruppe gehörte TENNESON. Dem entspricht es auch, daß er während seines ganzen Lebens sehr wenig und sehr unrichtig gekannt worden ist außer von einer ganz kleinen Zahl von seinen Schülern.

Zum ersten ist zu konstatieren, daß der moralische Charakter dieses Mannes Bewunderung verdient. Nichts von allem dem, was den Gelehrten sonst reizen kann, hatte irgend einen Wert in seinen Augen. Kein ehrgeiziger Wunsch hat ihn jemals bewegt. Titel, wissenschaftlicher Ruhm, aufsehenerregende Publikationen, Ehren, Orden, Reichtum — alle diese Begierden waren ihm gleichermaßen unbekannt. Er wog jedes Ding nach seinem Werte ab und hielt alle diese Sachen für ein Nichts im wahren Sinne des Wortes.

Nicht nur hat er sich niemals um ehrende Auszeichnungen beworben, sondern er lehnte dieselben alle direkt ab, besonders diejenigen, welche in seiner Umgebung verschwenderisch ausgeteilt wurden. Er gehörte auch nicht zu denjenigen, deren größte

Digitized by Google

Sorge darin besteht, ein großes, homogenes, wissenschaftliches Werk zu hinterlassen, und welche, einem berühmten Ausdrucke nach, „ihrem Grabstein eine schöne Zukunft bereiten möchten". Er wollte keinen Ruhm der Gegenwart und auch keinen Ruhm der Zukunft, und nach seinem Tode noch gelobt zu werden erschien ihm, dem konsequenten Nachfolger Montaignes, als der unsinnigste von allen menschlichen Wünschen.

Seine Lebensweise war von der allereinfachsten Art und harmonierte mit der Weisheit seines Geistes; und sein Geist war in dem Grade weise, daß er es sogar nicht einmal tadelte, wenn andere das für sich begehrten, was er für sich selber nicht verlangte. Und so wie er frei von Begierden war, ebenso war er frei von Neid.

Außer der medizinischen Literatur, bei welcher er vor allem die alten Meister bevorzugte, las er mit Vorliebe philosophische Werke. Er war ein Gelehrter von einer Belesenheit, wie man dies heutzutage nicht mehr bei uns antrifft. Eines Tages, als ich noch Student war und ihm noch unbekannt, traf es sich, daß ich neben ihm saß in dem Omnibus, den er des Morgens regelmäßig benutzte, um sich ins Krankenhaus zu begeben. Er las dabei ein Buch. Da ich bemerkte, daß es sich um ein griechisches Werk handelte, trieb mich die Neugierde, zu sehen, von welchem Autor dasselbe sein mochte. Es war Herodot, was er las. Bei späteren Gelegenheiten erfuhr ich von seinen philosophischen Neigungen. Unter den großen Idealisten las er vor allem Spinoza, vielleicht weil ihm das Deutsche weniger geläufig war als das Latein. Gibt nicht eine derartige Lektüre einen Maßstab für die Tiefe eines Geistes?

Es werden viele mit Tenneson hundert Male in ihrem Leben in Berührung gekommen sein, ohne etwas anderes in ihm als ein Original erblickt zu haben und ohne zu ahnen, daß ihr armseliges Gehirn kaum wie ein Sandkorn im Vergleich zu dem seinigen gewogen haben dürfte.

Ein derartiger Mensch mußte naturnotwendigerweise jede Art von müßigem Verkehr unleidlich finden, und so war denn auch seine Redeweise schroff, und seine Manieren hatten etwas von der Art des Alceste. Es war sein Schicksal, sich nur sehr wenige Freunde zu erwerben, denn es gab nur wenige, die seinesgleichen waren; und sein Mangel an Übereinstimmung mit dem gewöhnlichen Durchschnittstypus mußte ihn für alle anderen als zur Klasse der Originale gehörig erscheinen lassen. Wer aber diese äußere Rinde erst durchdrungen hatte, fand bei ihm eine vorzügliche Herzensgüte und eine ausgesuchte Seele. Selbst dann aber mußte man durch Ahnen und Mitempfinden die hohe Achtung erkennen, welche er für den einen oder anderen Charakter hegte, denn seine Äußerungen beschränkten sich auf wenige Worte. Und nach einem zehnjährigen Umgang wurde man immer noch von ihm mit „Monsieur" angeredet, wie das noch nach zwanzig Jahren die Einsiedler vom Port Royal machten.

Was er beim Menschen am meisten schätzte, war der Charakter, und demnach konnte er nur sehr wenige Menschen wertschätzen. Über die anderen pflegte er gar nicht zu sprechen. Deshalb war ein Lob von ihm von großem Werte.

Mit einem derartigen Geist begabt und mit so wenig von den Eigenschaften, welche zum „Karrieremachen" verhelfen, bedacht, mußte naturgemäß sein Leben in langsamem Tempo verlaufen. Er erhielt erst spät eine Hospitalanstellung. Erst als er auf die 55 zuschritt, gelangte er ans Hôpital Saint Louis als Schluß seiner Laufbahn.

Er schrieb sehr wenig; fast nur „Notes" in den Annales de Dermatologie: „Note sur certaines paralysies urémiques et les variations de l'élimination de l'urée" (1888), „Note sur le zona et ses vésicules aberrantes", „Note sur les érythèmes noueux et leurs elations avec la tuberculose et la syphilis", ferner „Quelques leçons sur les stomatites", welche letzteren 1895 im Journal des Praticiens veröffentlicht wurden.

Der Aufsatz „Des notes sur le traitement du lupus tuberculeux par l'applications

Digitized by Google

des caustiques chimiques" handelt von einer therapeutischen Methode, welche er, wie wir aus eigener Anschauung wissen, mit einer besonderen Geschicklichkeit und mit ganz erstaunlichem Erfolg handhabte.

Dazu kam ein einziges Lehrbuch, sein „Traité clinique de Dermatologie", das 1893 bei Octave Doin erschien. In meiner Gegenwart bedauerte er wiederholt, daß sein Verleger ihn dabei gedrängt hatte; aber ohne das hätte es leicht geschehen können, daß er niemals zum Schluß gekommen wäre. Er entdeckte fortwährend Abschnitte, welche er als zu eilig abgefaßt bezeichnete, und er wollte immer am liebsten das Ganze wieder umarbeiten. Er gehörte zu denjenigen Autoren, welche wenig schreiben und viel streichen.

Dieses Buch besitzt seltene Vorzüge, wie man sie in keinem anderen sonst findet. Es ist kurz, knapp, exakt, sehr dogmatisch, nach numerierten Paragraphen in der Art der Theoreme des Spinoza eingeteilt und ebenso wie diese mit der Absicht verfaßt, in jedem einen einzelnen Gedanken zum Ausdruck zu bringen.

Daß dies Buch nunmehr zu den alten gehört, ist das gemeinsame Los aller Lehrbücher. Aber es hat immer noch so viele spezielle Eigenschaften aufzuweisen, daß ich es auch jetzt noch den Studenten als den besten dermatologischen Leitfaden empfehle. Wenn man den Schüler auf die vereinzelten Irrtümer oder anfechtbaren Thesen, welche es enthält, aufmerksam gemacht hat, und dieser dieselben sich gemerkt hat, dann ist ihm die Möglichkeit geboten, sich in wenigen Monaten einen klaren und exakten Begriff von der ganzen Dermatologie zu bilden, wie ihm dies kein anderes Buch gewähren wird. In der Folge wird er es dann leicht haben, seine dermatologischen Kenntnisse zu erweitern, ohne jemals den ein für allemal erworbenen Überblick über das Ganze zu verlieren.

Dieses Buch hat eine Vorrede, und diese Vorrede ist ein Meisterwerk kritischer Schärfe, durchdringenden Verständnisses und philosophischer Denkweise. Der Verfasser schildert in derselben in großen Zügen die Geschichte der Dermatologie von den biblischen Zeiten an mit Hinweisen auf die griechisch-römische Medizin und die Werke der Araber ... Es ist dies eine köstliche Lektüre, ein Stück von einer Anthologie, das einzige, worin sich alle Eigenschaften des Denkers und Schriftstellers vereinigt wiederfinden. Diese Tennesonschen Eigenschaften sind von einigen Getreuen gewürdigt worden. Sie leuchteten hervor in seinen Vorlesungen, welche tatsächlich Konversationen waren, und in seinen Besprechungen am Krankenbett. Ein Dermatologe, der diesen Meister als seinen ersten Lehrer gehabt hat, wird nie einen anderen bekommen, über den er den ersten vergessen könnte.

Dieser Philosoph, dieser Gelehrte, dieser große Charakter, dieser Mensch von großer Güte zog als Schicksal ein grausames Los. Sein Familienleben wurde gleich im Anfang auf immer durch Krankheit erschüttert. Dazu erlebte er den Schmerz, seine beiden Söhne nacheinander im Mannesalter zu verlieren. Er ertrug diese Schicksalsschläge, welche uns wie eine schreiende Ungerechtigkeit erschienen, ohne jemals vor irgend jemand im geringsten die Herrschaft über sich selbst zu verlieren. Ich glaube, daß niemand ihn je hat weinen sehen. Er war ein Mensch, der, wie Antoninus, hätte sterben können mit dem Worte „Aequanimitas" auf den Lippen.

Bei seinem Tode wollte er wie im Leben unbemerkt vorübergehen. Wir haben alle von seinem Ableben erst dann Kenntnis bekommen, als wir nicht einmal mehr hingehen konnten, um seiner sterblichen Hülle die letzte Ehre zu erweisen.

Dieser Philosoph war ein Gläubiger, ein Christ, aber ein Christ nicht bloß in seiner letzten Stunde, sondern sein ganzes Leben lang. Das Studium der Philosophie hatte an seinem Glauben nichts geändert. Vielleicht hatte dasselbe wie bei Montaigne nur dazu geführt, ihn die Hohlheit der Vernunft und die Einfalt des Geistes mit um so

Digitized by Google

größerer Deutlichkeit erkennen zu lassen. Hoffen wir, daß er in diesem seinem Glauben jenen Trost gefunden hat, den die so zahlreichen Schicksalsschläge so nötig machten. Er war aber von einer ganz ungewöhnlichen Zurückhaltung in bezug auf seine Gefühle, und sein resigniertes Lächeln blieb stets der einzige sichtbare Ausdruck seines tiefsten Innenlebens. Sabouraud-Paris.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Salzschlirf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 16, Nr. 12, September 1913.

1. Leukonychia totalis in zwei Generationen, von C. Gutmann-Wiesbaden. Ein 30jähriger Mann und sein 65jähriger Vater zeigen an verschiedenen Fingernägeln eine fast vollkommene Weißfärbung der Nagelsubstanz; beide geben an, daß die Veränderungen seit frühester Kindheit bestehen und annähernd konstant sind. Eine so weitgehende Weißfärbung der Nägel ist in der Literatur bisher nur wenig beschrieben worden, in den meisten Fällen haben die Veränderungen in der Kindheit begonnen; familiäres Auftreten ist von der Leukonychia striata berichtet. Verfasser hält die Erkrankung für eine angeborene Anomalie, für eine von der Norm abweichende Anlage der Nagelmatrix derart, daß die Nagelanbildung in pathologischer Weise vor sich geht. Gegen diese Auffassung spricht seiner Meinung nach nicht, daß bei einer Anzahl der berichteten Fälle die Affektion erst im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt in Erscheinung trat.

Auffallend ist, daß die Nägel der Zehen so gut wie niemals an dem Krankheitsprozesse beteiligt sind, ein Punkt, der bisher in der Literatur noch niemals speziell hervorgehoben worden ist. Eine Erklärung dafür vermag Verfasser nicht zu geben.

2. Beitrag zur Therapie der Hyperidrosis pedum, von Liebl-Ingolstadt. Verfasser pinselt an vier bis sechs Abenden Fußsohlen und Zehenzwischenräume ohne jegliche Rücksicht auf Rhagaden oder Ulzerationen mit folgender Flüssigkeit: Tannin, Glyzerin ää 40,0, Tct. Jodi 20,0. Es empfiehlt sich, die Füße hernach lufttrocken werden zu lassen und die Nacht über Socken bzw. Strümpfe zu tragen. Nur in hartnäckigen Fällen zeigt sich der Fußschweiß nach etwa einem Vierteljahr bereits wieder, worauf die Wiederholung obiger Prozedur notwendig erscheint.

Bd. 17, Nr. 1, Oktober 1913.

1. Die Beziehungen der sogenannten tuberösen Sklerose des Gehirns zur Dermatologie, von Paul Schuster-Berlin. Bei der sogenannten tuberösen Sklerose des Gehirns, die besonders durch die Untersuchungen von Bourneville bekannt geworden ist, finden sich knotige Veränderungen, besonders in der Rinde. Man beobachtet histologisch eine starke Wucherung der Neuroglia, dieser entspricht eine gewisse Desorientierung der Nervenzellen sowie schließlich als pathognomonischen Befund eigentümliche, sehr große Zellen, welche manchmal den Ganglienzellen sehr ähneln, manchmal sich in ihrem Aussehen mehr den Gliazellen nähern. Die dabei hauptsächlich sich findende Hautveränderung ist das Adenoma sebaceum, bei dem geistige Anomalien schon vor Feststellung des Zusammenhangs mit der Sklerose bekannt waren. Als Begleiterscheinungen des Adenoma sebaceum, aber auch ohne dieses finden sich bei der Sklerose fibromatöse und angiofibromatöse Bildungen, die den Nävi gleichzusetzen sind. In naher Verwandtschaft dazu stehen die Veränderungen bei der Recklinghausenschen Krankheit.

Digitized by Google

2. Über den therapeutischen Wert des Salvarsans, von JULIUS ELIASBERG-Riga. Verfasser berichtet einen Fall von schweren epileptischen Anfällen bei einem jungen Manne etwa zwei Monate nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Dabei war der WASSERMANN im Blute noch schwach positiv, im Liquor cerebrospinalis negativ. Verfasser ist der Ansicht, daß die epileptischen Anfälle keinesfalls der Syphilis in die Schuhe geschoben werden könneu, daß es sich hier vielmehr um rein toxische Wirkungen des Salvarsans handelt.

Nach den bisherigen Erfahrungen glaubt Verfasser auch nicht an den Abortiverfolg früh behandelter Fälle. Noch nach $1^1/_2$ Jahren kann der bis dahin negative WASSERMANN positiv werden, so daß die abortiv behandelten Fälle als latent syphilitisch betrachtet werden müssen.

Wenn auch die Manifestationen der Syphilis durch Salvarsan schnell zum Verschwinden gebracht werden, so modifiziert und erschwert es doch den Verlauf der Syphilis als solche; das Salvarsan ist darum ein Symptomatikum, aber keinesfalls ein Heilmittel gegen die Syphilis. In Anbetracht seiner Gefährlichkeit sollte es nur in Ausnahmefällen Verwendung finden.

3. Zur Behandlung der Pyelonephritis, von PAUL COHN-Charlottenburg. Bei einer akuten Pyelonephritis, welche sich bei einem Tabiker an die Blasenbehandlung bei seiner Zystitis anschloß und täglich Temperaturen um 39° herum machte, hatte Verfasser einen sofortigen und dauernden Erfolg mit drei Einreibungen von je 3 g Unguentum CREDÉ. Die Temperatur fiel sogleich nach der ersten Einreibung zur Norm ab und ist normal geblieben; der Urin reinigte sich sehr rasch, die Schmerzen in der Nierengegend verschwanden. W. Lehmann-Stettin.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 13, Heft 6 und 7, Juni und Juli 1913.

1. Über Trichophytien in Japan, von F. KUSUNOKI-Nagoya. Bakteriologische Untersuchungen, besonders bei Kopftrichophytie; Reinkulturen gelangen in 23 Fällen, in 18 fand sich Trichophyton violaceum und in 5 Trichophyton acuminatum.

2. Über organisierte syphilitische Papeln, von S. HANAWA-Tairen (Dalny).

3. Über die Beziehungen zwischen Darmerkrankungen und Dermatosen, von SH. YAMADA-Osaka. Erysipelartiges Erythem bei einem acht Monate alten Mädchen, das sich bald besserte nach Darmausspülungen mit Kochsalzlösung.

4. Über die Behandlung der Blennorrhoe mit dem blennorrhoischen Sekrete, von F. So und T. YAMAMOTO-Tokio. 5 Ösen von frisch blennorrhoischem Sekrete werden mit 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und eine halbe Stunde bei 60° C erhitzt, worauf Karbolsäure im Verhältnis von 0,5% hinzugefügt wird.

Nach Versuchen bei Kaninchen und Meerschweinchen und am eigenen Körper von YAMAMOTO selbst wurden je 1—2 ccm vom genannten Material bei 25 Fällen der akuten und chronischen Blennorrhoe subcutan 2—8mal eingespritzt.

Das Resultat war teilweise sehr günstig.

5. Klinische, histologische und bakteriologische Beiträge zur Kenntnis der Mycetoma pedis in Japan, von K. DOHI und M. KOIKE-Tokio. Mitteilung zweier Fälle, der ersten, die bisher in Japan bekannt geworden sind.

6. Über die Behandlung der Syphilis mit Antiluetin Tsuzuki, von K. SAKURANE und SH. YAMADA-Osaka. Bei 22 Syphiliskranken wurden vorübergehende Besserungen nach Behandlung mit Antiluetin TSUTSUKI konstatiert; beim Primäraffekt und bei einigen Fällen von tertiärer Syphilis trat keine Besserung ein.

Digitized by Google

7. Über den klinischen Wert von Antiluetin [Tsuzuki, von A. Takahashi-Tokio,

8. Bemerkungen zum Essay: „Nochmals über das Schicksal von Salvarsan am Injektionsorte von A. Takahashi-Tokio", von K. Motcki-Tokio.

W. Lehmann-Stettin.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1913, Bd. 14, Nr. 10.

Die sexualpädagogische Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Martin Chotzen-Breslau. Die Aufgabe der sexuellen Erziehung ist darin zu erblicken, durch Einwirkung auf Verstand und Gemüt von früher Jugend an eine Denkweise vorzubereiten, die in den Entwicklungsjahren vor Triebverirrungen bewahrt, später durch eine sexuelle Widerstandsfähigkeit zu einem Verhalten anleitet, das den Einzelnen und die Gesamtheit vor Schädigungen in ihrer gesundheitlichen, ethischen und sozialen Entwicklung behütet. Verfasser bespricht die zum Teil schon erprobten Richtlinien für die Einführung einer sexuellen Erziehung: Einrichtung von Elternabenden, Einrichtung von sexuell-pädagogischen Fortbildungskursen für Lehrer und Lehrerinnen, Belehrung für schulentlassene Mädchen und Ausdehnung der bisherigen Abiturientenentlassungsvorträge auf Sekunda und Prima.

Georg Heymann-Elbing.

Folia Urologica.

Sept. 1913, Bd. 8, Nr. 2.

1. Beitrag zur Zystophotographie, von B. Klose-Berlin. Verfasser beschreibt verbesserte optische Apparate, hergestellt von der Firma Louis & H. Löwenstein-Berlin, mit denen es gelingt, Momentphotographien des Blaseninnern herzustellen. Nur die Momentaufnahme gewährleistet eine gute Photographie, weil die Blase meist eine bewegliches Objekt darstellt. Der zur Aufnahme nötige Objektivansatz trägt zugleich die Kassette und läßt sich binnen wenigen Sekunden auf ein gewöhnliches Untersuchungszystokop aufschrauben. Der Arbeit sind einige glänzend zu nennende Reproduktionen von Photographien des Baseninnern beigegeben.

2. Spontanfraktur der Blasensteine, von Henrique Bastos-Lissabon. Bei einem Manne von 65 Jahren, der mit Harnverhaltung in ärztlichn Beobachtung kommt, finden sich Prostatahypertrophie, Blasensteine und schwere Infektion der Blase. Im Verlauf einer zweimonatigen Hospitalbehandlung fallen die Blasensteine in unzählige kleine Fragmente auseinander. Verfasser ist der Überzeugung, daß physikalisch-chemische Veränderungen innerhalb des Steines eine solche außerordentlich seltene Spontanzertrümmerung verursachen.

3. Zur Anatomie der Prostatahypertrophie, von Joseph Englisch-Wien. In Fortsetzung seiner groß angelegten Monographie beschreibt Verfasser die Anlage der Prostata beim Neugeborenen, von denen er 2000 eigener Untersuchung unterzogen hat, und die Weiterentwicklung der Drüse bis zu den ersten Anfängen der Hypertrophie. Er geht dabei des Näheren auf die Veränderungen der einzelnen Teile der Drüse ein und skizziert eine große Reihe selbst beobachteter und untersuchter Fälle.

Okt. 1913, Bd. 8, Nr. 3.

1. Zur Anatomie der Prostatahypertrophie, von Joseph Englisch-Wien. Alle Formen der Vergrößerung der Vorsteherdrüse sind in der Entwicklung begründet; Unterschiede sind nur dadurch gegeben, daß nur eine Anlage, mehrere oder alle sich weiter

Digitized by Google

entwickeln. Es können also alle Teile der Drüse unabhängig voneinander hypertrophisch werden, vom einzelnen Läppchen bis zur ganzen Drüse. Wichtig erscheint vor allem, daß die zentralen Drüsen, die nicht mit dem „mittleren Lappen" identisch sind, allein Geschwülste an der inneren Harnröhre entwickeln, die wesentlich verschieden sind von der Mittellappenhypertrophie. Die Entwicklung des Mittellappens wird anatomisch klargestellt.

2. Bericht über die Tätigkeit der an die Straßburger chirurgische Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke während des achten Jahres ihres Bestehens in der Zeit vom 1. Juni 1912 bis 31. Mai 1913, erstattet von C. Adrian. Die vor acht Jahren gegründete Poliklinik hat sich unter Adrians Leitung in erfreulicher Weise weiter entwickelt. Verfasser gibt eine statistische Übersicht über die im letzten Jahre behandelten Fälle und verbreitet sich im Anschluß an einige zur Beobachtung gelangte Mißbildungen der Niere und Harnleiter über die klinische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Er wiederholt kurz den Inhalt einer Arbeit, die bereits in der Zeitschrift für urologische Chirurgie erschienen ist.

Verfasser berichtet ferner einen interessanten Fall von angeborenem einseitigem Nierendefekt und einen Fall von Solitärniere. (Der Artikel wird fortgesetzt.)

W. Lehmann-Stettin.

The urologic and cutaneous Review.

Juli 1913.

1. Ein interessanter Fall von Nierenblutung mit drei abnormen Nierenarterien, von Charles M. Harpster-Toledo (Ohio). Der Verfasser berichtet einen Fall von unstillbarer Nierenblutung, bei dem zur Exstirpation der rechten Niere geschritten werden mußte, nachdem durch alle zurzeit existierenden Methoden sichergestellt war, daß das Blut aus der rechten Niere kam und die linke gesund war. Es fand sich dabei eine abnorme, zum oberen Ende der Niere gehende Arterie. Im Anschluß an diesen Befund bespricht der Verfasser aus seiner Erfahrung und aus der Literatur die Häufigkeit des Vorkommens mehrerer Nierenarterien und die Bedeutung derselben, je nach ihrer Richtung zum oberen oder unteren Nierenende, ihrer Lage zum Ureter, ihrer Anzahl, und macht darauf aufmerksam, daß es sich meist um lebenswichtige Arterien handelt, nach deren Ausschaltung der von ihnen versorgte Teil der Niere einer Nekrose anheimfallen würde. Es sind bis fünf Nierenarterien mit ganz verschiedenem Lumen bei einem Individuum beobachtet worden, die teils an die Spitze der Niere, teils zum Hilus, teils an das untere Ende der Niere führten, und deren Abgangsstellen meist seitlich, bisweilen auch an der Rückwand der Aorta lagen. Das gar nicht so seltene Vorkommen mehrfacher Nierenarterien ist besonders für den Chirurgen von großer Bedeutung.

2. Unilaterale vielfache Zystenbildung an der Niere, von Charles E. Barnett-Fort Wayne. Beschreibung eines Falles, in dem zunächst nur ein Tumor in der rechten Nierengegend vorlag, und erst durch zystoskopische und andere Untersuchungsmethoden festgestellt wurde, daß es sich um eine dystrophische Niere handelt. Sobald festgestellt war, daß die linke Niere gesund war, wurde zur Entfernung der rechten Niere geschritten; glatte Heilung. Die exstirpierte Niere bildete einen Tumor doppelt so groß als eine gewöhnliche Niere mit zahlreichen voneinander getrennten Zysten, von denen die eine hühnereigroß eine Pelvozele vortäuschte. Anschließend klärt der Verfasser den in der Literatur vorzufindenden Irrtum, daß Nierenerkrankungen mit mehrfacher Zystenbildung stets bilateral seien, dahin auf, daß das einseitige Vorkommen dieser Erkrankung gar nicht so selten sei. Bei der Besprechung der Ätiologie zählt der Verfasser über vierzig

Digitized by Google

aus der Literatur zusammengesuchte mehr oder weniger begründete Anschauungen auf, um zu zeigen, wie different die Ansichten in dieser Beziehung noch sind. Nach des Verfassers Hypothese handelt es sich um Hyperplasien, die eine Sperrung an einer Stelle veranlassen, und durch den fortschreitenden Druck auf andere Tubuli weitere Zystenbildung hervorrufen (wie er es etwas grob schematisch durch eine Abbildung zu erläutern sucht). Es erscheint dem Verfasser plausibel, daß kongenitale Zysten hervorgerufen sein können: durch Atresie oder Stromstörung zwischen den Sammelkanälchen und den in das Nierenbecken sich öffnenden, oder daß irgend eine Mißbildung der Tubuli während der embryonalen Entwicklung eine Zyste und damit Versperrungen und entzündliche Veränderungen herbeiführen könne. Ebenso könnte bei erworbener polyzystischer (sit venia verbo, d. R.) Niere eine Nephritis oder Pyelonephritis mit folgender Hyperplasie des Gewebes die Sammelkanälchen verstopfen und zur Retentionszyste führen. Auch eine Infektion (eventuell eine tuberkulöse) hält Barnett für nicht ausgeschlossen als ätiologisches Moment.

Bezüglich der Therapie glaubt Barnett, daß jetzt, wo wir genau feststellen können, ob eine bilaterale Erkrankung vorliegt oder nicht, daß in allen Fällen von unilateralem Vorkommen die Nephrektomie absolut geboten ist, sobald die andere Niere gesund ist; bei bilateraler Erkrankung wird man sich mit der Palliativoperation, d. h. der Punktion der größten Zysten und Dränage begnügen müssen.

3. Formen von experimenteller Nephritis, von J. Frank Cortett-Minneapolis. Der Verfasser bespricht die histologischen Veränderungen, die eine experimentell hervorgerufene Atresie des Ureters herbeiführt. Er teilt dieselben in drei Hauptgruppen und jede Hauptgruppe in drei Untergruppen ein; für die Einteilung in Hauptgruppen ist das allgemeine Bild der histologischen Veränderungen maßgebend, für die einzelnen Untergruppen die Zeit des Bestehens der Atresie, und zwar 24 Stunden, 6 Tage, 26 Tage. Die chemische Untersuchung des Urins ergab, daß im wesentlichen die Abnahme der Harnstoffmenge parallel ging mit dem Umfange der Gewebeschädigung. Die histologischen Veränderungen faßt der Verfasser in folgende Sätze zusammen: 1. Bilder, die sich eng an die der Nephritis anschließen; 2. Bilder von fettiger Degeneration; 3. Ödem eventuell mit Atrophie. Ob diese Veränderungen auf mechanischem Wege zustande kommen oder Folgen einer nephrotoxischen Substanz sind, ist nicht sicher festzustellen.

4. Über embryonale Adenosarkome der Niere, von Jefferson D. Bloom-New Orleans. Die Adenosarkome beruhen auf embryonaler Anlage, sind mit einem Gehalt von epithelialen Elementen versehen und wachsen im Gegensatz zu kankrösen Tumoren anfangs sehr langsam; erst nach längerer Zeit geht das Wachstum schneller vor sich, und die Symptome eines mechanischen Druckes werden deutlich. Diese primären Nierentumoren sind selten und werden meist bei einem Alter von weniger als acht Jahren beobachtet, obwohl sie in manchen Fällen erst bei Erwachsenen bemerkt werden; sie kommen häufiger bei männlichen als bei weiblichen Individuen vor, sind fast stets einseitig, bevorzugen besonders die rechte Niere und scheinen die Rindensubstanz zuerst zu befallen.

Der Tumor kann infolge der Nachgiebigkeit der die Niere umgebenden Organe sehr groß werden, ehe es zu abdominalen oder thoraxalen Druckerscheinungen kommt.

Die Diagnose ist beim Erwachsenen sehr schwierig und oft erst bei der Operation zu stellen. Die Prognose ist ungünstiger beim Kinde als beim Erwachsenen.

Endlich streift der Verfasser noch kurz die Momente, die für das Entstehen der Adenosarkome im embryonalen Leben eventuell verantwortlich gemacht werden könnten: a) äußere, z. B. Insulte, denen die Mutter ausgesetzt war; b) innere, in der Keimanlage begründete, hereditäre evèntuell atavistische Disposition.

Digitized by Google

Die Veranlassung für Bloom, sich mit der Frage der Adenosarkome der Niere zu beschäftigen, bildete die Beobachtung eines Falles dieser Erkrankung; es handelte sich um einen Knaben von 4—5 Jahren, der vom Verfasser retroperitoneal operiert wurde. Der Verlauf der Operation und der Wundheilung waren gut; jedoch starb der Knabe kurz nachher an allgemeiner Entkräftung.

5. Die Behandlung der Nierensteine, von Hermann L. Kretschmer-Chicago. Die Behandlung der Nierensteine ist durch die Fortschritte der Untersuchungsmethoden im letzten Dezennium enorm gefördert worden. Es sind das: 1. die Zystoskopie und Katheterisierung der Ureteren, 2. die X-Strahlen und 3. die verschiedenen Funktionsprüfungen. Ad 1: Die Zystoskopie und die Einführung von Kathetern in die Ureteren bringen Klarheit darüber, ob beide oder welche Niere erkrankt ist; man findet fast stets den Stein, wenn derselbe nicht gerade in einer Tasche steckt oder mit Schleim bedeckt ist. Differentialdiagnostisch läßt die Durchleuchtung Steine von anderen Verletzungen der Blase oder der Ureteren unterscheiden. Ad 2: Die Anwendung der X-Strahlen, bei der nicht nur gute Platten, sondern auch eine richtige Deutung der erhaltenen Schatten erforderlich ist, gewinnt durch Kombination mit Zystoskop und Ureterenkatheter oft erst die richtige Bedeutung. Es ist auch notwendig, beide Nieren und beide Ureteren aufzunehmen. Man muß sich dabei vor Irrtümern hüten, die, abgesehen von schlechter Beschaffenheit der Platten, veranlaßt werden können durch: „Körper im Intestinaltraktus (z. B. Fäkalkonkremente oder Medikamente, wie Wismut oder Blaudsche Pillen, oder Fruchtkerne) oder die verknorpelten Rippenenden, Wirbelfortsätze, Lymphdrüsen, verkalkte Gefäße usw." Ad 3: Funktionsprüfung. Ehe man an einen schweren Eingriff bei einer Niere herangeht, muß man sich erst von dem Vorhandensein und der Funktionsfähigkeit der anderen auf das gewissenhafteste überzeugen. Die Phloridzin- und Indigokarminproben sind in Amerika fast völlig verdrängt durch die Probe mit Phenosulphonaphtalein, das intravenös injiziert in 2—5 Minuten im Urin ausgeschieden wird; doch soll man sich nicht auf einen Versuch allein verlassen. Differentialdiagnostisch kommen zunächst in Betracht: Nierentumoren und Nierentuberkulose. Während größere Tumoren durch den klinischen Verlauf und den physikalischen Befund meist leicht feststellbar sind, können kleinere, leicht blutende Tumoren besonders des Nierenbeckens zur Verwechslung führen. Tuberkulose der Niere kann ausgeschlossen werden bei negativem Ausfall von Tierexperimenten (Impfung) oder bei negativem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung des zentrifugierten oder direkt durch den Ureterenkatheter aufgefangenen Urins auf Tuberkelbazillen. Wenigstens behauptet der Verfasser, daß man bei genügender Sorgfalt viel häufiger Tuberkelbazillen im Urin findet, als man nach den Mitteilungen der Literatur annehmen darf. Dabei schließt natürlich ein positiver Tuberkelbazillenbefund nicht aus, daß nicht nebenbei ein Stein vorhanden sein kann.

Hämatoxie wird beim Vorhandensein von Steinen beobachtet: 1. beim Abgang der Steine, teils vorher, teils nachher; 2. direkt durch Insulte, die die Steine im Nierenbecken veranlassen; 3. als Folgen der entzündlichen Veränderungen des Parenchyms durch Steine.

Endlich muß man bei der Diagnose in Betracht ziehen: chronische Appendizitis, verschiedene Formen gastro-intestinaler Affektion (z. B. Duodenalulzeration), Cholelithiasis oder das Vorhandensein von Störungen an den genitalen Organen (Ovarien, Tuben, Samenbläschen) und endlich die Schmerzen der Tabiker.

Ebenso wie Blasen- und Gallensteine rezidivieren auch Nierensteine nach einer Operation; man soll daher direkt im Anschluß an eine solche mittels X-Strahlen festzustellen suchen, ob irgend ein Steinchen zurückgeblieben ist, um später zu wissen, ob es sich um eine neue Steinbildung handelt oder um einen früher zurückgebliebenen Stein.

Digitized by Google

Israel teilt in bezug auf die Indikation für die Operation die Fälle in drei Gruppen: A. In solche, bei denen die Operation von vitaler Notwendigkeit ist (durch Anurie, profuse Blutungen oder Retention, die früher oder später zur Atrophie des Nierenparenchyms führen würde); auch hier soll man bei Anurie erst versuchen, durch heiße Bäder oder Packungen oder mit heißen Salzlösungen vom Rektum aus oder durch Anwendung des Ureterenkatheters und Zystoskops den Stein zur Passage zu bewegen. B. In solche, bei denen die Operation geraten, aber nicht unbedingt nötig erscheint (durch chronische Pyelitis, wiederholte kolikartige Schmerzanfälle ohne Vorwärtsgehen des Steins oder durch Verweilen des Steins im Ureter). C. In solche, bei denen die Operation unnötig ist, d. h. in denen mit dem Abgehen kleiner Steine häufig Schmerzanfälle auftreten (bei nicht infiziertem Urin und da, wo die X-Strahlen nur kleine Schatten zeigen). Es gibt Fälle, in denen über hundert kleine Steine spontan abgegangen sind.

Zum Schlusse folgen die Erörterungen über die speziellen Indikationen von Pyelotomie, Nephrotomie, Nephrektomie. Die letztere ist nach dem Verfasser eigentlich als Ultima ratio aufzusparen.

6. Eine verkalkte Niere, von J. Clark Stewart-Minneapolis. Wir sehen hier einen Fall einer völlig verkalkten rechten Niere, illustriert durch Röntgenbilder. Die Niere war normal groß und gab einen Schatten, der dichter war als das Ileum und die Knochen; sie war frei beweglich vom Beckenrand bis zu ihrer richtigen Lage, unempfindlich auf Druck und absolut schmerzlos; eine Funktionsprüfung konnte aus äußeren Gründen nicht gemacht werden. Die linke Niere war gesund und nicht kompensatorisch vergrößert, der Urin quantitativ und qualitativ normal. Da Patient sich fünf Jahre lang des besten Wohlergehens erfreute, widerriet Stewart jede Operation. Ein ätiologisches Moment für die Verkalkung konnte nicht gefunden werden außer der Tatsache, daß der Patient zwei Jahre vorher eine Pyelitis sehr milder Form durchgemacht hatte, die nach einem Jahre allmählich vollständig abgeheilt war.

Der Verfasser hält diesen Fall für ein Unikum.

7. Die Auskultation der Niere, von J. Cathelin-Paris. Den Ausdruck „Auskultation der Niere" hat der Verfasser angewendet, um durch diesen etwas seltenen Titel die Aufmerksamkeit der Leser auf seine Arbeit zu lenken. Er versteht darunter die gewissenhafte Beobachtung dreier Punkte, die nach seinen Ausführungen uns über den Zustand und die Funktionsfähigkeit der Niere Aufschluß geben können wie die Auskultation über den Zustand von Herz und Lunge. Diese drei Punkte sind: 1. das morphologische Aussehen des Ureterenmeatus; 2. die Feststellung der ausgeschiedenen Harnstoff- und Chloridemengen und 3. der Modus der Absonderung der Nierenprodukte. Naturgemäß müssen diese Untersuchungen für jede Niere vorgenommen werden.

Den Uretermeatus betrachtet der Verfasser quasi als den Spiegel der Niere wie die Zunge als den Spiegel des Magens. Er schildert nun ausführlich erst das normale Aussehen des Meatus, bespricht dann die mannigfachen pathologischen Veränderungen und deren Bedeutung für die Diagnose von Erkrankungen der Niere oder der Ureteren. Das Resümee dieser Betrachtung lautet: Der Meatus ist normal bei Wanderniere, bei gewissen Formen von hämorrhagischer Nephritis, bei aseptischen Nierensteinen und manchen Fällen von Nierenkrebs; derselbe ist krankhaft verändert bei Nierentuberkulose, bei Hydronephrose, bei infizierten Steinen und verschiedenen Formen von Pyelitis. Irrtümer in der Deutung des zystoskopischen Bildes pflegen nur Anfängern zu passieren, und zwar handelt es sich meist um Verwechslung von Geschwüren oder Blasendivertikeln, die dem mit der Technik nicht Vertrauten den Meatus vortäuschen können.

Es folgt dann eine sehr eingehende Besprechung der Bedeutung der Mengen des ausgeschiedenen Harnstoffs und der Salze für die Diagnose der verschiedenen Nieren-

Digitized by Google

erkrankungen (speziell der Tubuli contorti und der Henleschen Schleifen). Endlich glaubt der Verfasser, daß man an dem mechanischen Momente des Ausstoßungsaktes des Nierensekretes am Meatus (ob gefärbt oder blutig, ob tropfenweis, ob regelmäßig oder in unregelmäßigen Intervallen) Schlüsse auf die Gesundheit der Nieren (speziell der Pyramiden und der Papillen) ziehen könne.

8. Über die Pathogenese der Unfälle bei Anwendung des Salvarsans, von Wilhelm Wechselmann-Berlin. (Heft 3—7.) Aus seinen zahlreichen Veröffentlichungen in den letzten zwei bis drei Jahren hat Wechselmann im vorliegenden Aufsatze ein Resümee seiner großen Erfahrungen über Salvarsan zusammengestellt, das aber nichts Neues enthält, was in der deutschen Literatur nicht schon irgendwo von ihm veröffentlicht worden wäre. Aus diesem Grunde scheint es zum Referieren nicht geeignet.

Lasch-Breslau.

Annales des maladies vénériennes.

Sept. 1913, Bd. 8, Nr. 9.

1. Das Antigen beim Wassermann, von Paris und Desmoulière. Von den Verfassern sind bekanntlich eine Reihe Arbeiten über verschiedene Antigene erschienen; besonders eingehend haben sie über ein Antigen gearbeitet, das mit Cholesterinzusatz hergestellt war. Sie sind auch heute noch der Überzeugung, daß die besten Antigene aus hereditär-syphilitischer Leber hergestellt werden, glauben aber, daß wegen der Verschiedenheit der Lebern die Antigene sehr ungleichmäßig ausfallen und daß es darum wünschenswert ist, weiter nach künstlichen Antigenen zu suchen. Sie haben verschiedene Medikamente ausfindig gemacht, mit denen als Antigen sie ein großes Krankheitsmaterial nach Wassermann untersucht haben. Auf Grund ihrer Ergebnisse empfehlen sie als ein vollkommen künstlich hergestelltes Antigen:

Reines Cholesterin	1 g,
0,5%ige Lezithinlösung in absolutem Alkohol	10 ccm,
3,7%ige Natronseifenlösung in 60%igem Alkohol	3 ccm,
Absoluter Alkohol	ad 100 ccm.

2. Es gibt keine Therapia sterilisans der Syphilis mittels Salvarsan, von Alfred Levy-Bing. Verfasser hat in zehn ausgesucht günstigen Fällen, die ganz frische Schanker darboten und negativen Wassermann, den Versuch gemacht, mit wiederholten großen Salvarsandosen eine Abortivkur herbeizuführen. Er hat in allen Fällen, meist noch während der Behandlung Sekundärerscheinungen bekommen und ist genötigt gewesen, zum Quecksilber zu greifen.

3. Zwei Fälle syphilitischer Reinfektion, von G. Glawtsche-Odessa. Von den beiden Fällen, die Verfasser berichtet, hat er den einen nicht selbst in fortlaufender Beobachtung gehabt und bezeichnet ihn darum selbst nur als wahrscheinliche Reinfektion; bei dem andern Falle ist nach einigen Hg salizyl.-Kuren anscheinend Heilung eingetreten; wenigstens war der Wassermann im darauffolgenden $^3/_4$ Jahr dreimal negativ. Dann kam der Patient mit noch negativem Wassermann und multiplen Schankern am Gliede wieder an, bekam nach einiger Zeit Sekundärerscheinungen und positiven Wassermann. Die multiplen Schanker sahen anfangs Rezidivpapeln sehr ähnlich, doch hat sich Verfasser im Hinblick auf den damals noch negativen Wassermann zu der Diagnose Neuinfektion entschlossen, um so mehr, als mit der mutmaßlichen Infektionsquelle eine Konfrontation möglich war und hierbei eine frische sekundäre Syphilis der betreffenden Prostitutierten festgestellt wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Wirkliche und angebliche Schädigungen durch Salvarsan, von Artur Schmitt-Würzburg. II. Supplementband der Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin (Würzburg 1913, Curt Kabitsch). Die außerordentlich fleißige Literaturübersicht umfaßt 1378 Arbeiten, die Verfasser je nach der Art der Injektion, nach der Form der beobachteten Schädigung und der Einwirkung auf die einzelnen Organe übersichtlich angeordnet hat. Kritische Beurteilung der verschiedenen Publikationen führt ihn zu dem Schlusse, daß die nach Salvarsanzufuhr beobachteten Allgemeinerscheinungen von mehreren Faktoren, welche sich eventuell auch kumulieren, abhängig sein können. Daraus erklärt sich auch die Tatsache, daß die nach der einen oder der anderen Richtung beschränkten Erklärungsversuche immer wieder durch praktische Erfahrungen mindestens teilweise widerlegt wurden. Für den heutigen Stand der Salvarsanbehandlung sind in bezug auf die Temperatursteigerungen und die mit ihnen verbundenen Allgemeinerscheinungen folgende Punkte praktisch wesentlich. Bei intramuskulärer oder subkutaner Injektion ist eine Modifikation zu wählen, welche außer geringen subjektiven auch nur möglichst geringfügige örtliche objektive Reizerscheinungen auslöst. Bei der intravenösen Injektion ist nicht nur frisch sterilisiertes, sondern auch frisch destilliertes Wasser und eventuell eine nur 0,4—0,6%ige Kochsalzlösung zu verwenden. Bei frischen Syphilisfällen wäre, wenn man möglichst sicher Temperatursteigerungen vermeiden will, durch Quecksilbervorbehandlung oder durch entsprechende Salvarsandosierung eine nicht zu starke, plötzlich einsetzende Alteration des Organismus zu erstreben. In Fällen erwiesener Idiosynkrasie ist von der Salvarsanbehandlung abzusehen.

Jeder, der sich mit der Verwendung von Salvarsan beschäftigt, sollte diese fleißige Zusammenstellung, deren Schlußfolgerungen kritisch und vorsichtig zu nennen sind, lesen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, von Géza von Hoffmann-Chicago (München 1913, J. F. Lehmann). Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über Entwicklung und Vererbung und die künstliche Auslese besonderer Individuen zur Fortpflanzung bei der Tierzucht kommt Verfasser auf die Möglichkeit einer Rasseveredlung beim Menschen zu sprechen und verbreitet sich über die Ausdehnung der rassenhygienischen Ideen in den Vereinigten Staaten, die nicht nur zum Zusammenschluß verschiedener privater Gesellschaften mit mehr oder weniger theoretischen Resolutionen geführt haben, sondern in einzelnen Staaten bereits Einfluß auf die Gesetzgebung gewonnen haben. Besonders interessant ist, was Verfasser über die tatsächliche Anwendung dieser Gesetze, die im Unfruchtbarmachen der Minderwertigen und in Eheverboten für gewisse Kranke gipfeln, und über die hier und da zutage getretenen Resultate dieser Gesetzesanwendung berichtet. Die Gründlichkeit, mit der Verfasser in seinem kleinen flüssig geschriebenen Buche an die Frage herantritt, geht aus dem umfangreichen Literaturverzeichnis hervor, das beinahe 1000 Nummern umfaßt.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Luetin-Hautreaktion für die Syphilisdiagnose, von A. G. Rytina. (Medical Record, 1. März 1913.) Aus einer zahlreichen Reihe von Untersuchungen und persönlichen Beobachtungen schließt der Verfasser, daß das Luetin vollständig unschädlich ist. In den behandelten Fällen der primären und sekundären Periode war die Reaktion meist negativ, von den nicht behandelten Fällen reagierte aber ein großer Prozentsatz positiv. Bei der kongenitalen, latenten und tertiären Syphilis fanden sich 100 Prozent positiver Reaktionen. Bei der Parasyphilis war ebenfalls ein großer Prozentsatz positiv. Die Luetinprobe ist also weniger sicher als die Wassermannsche Reaktion bei der primären und sekundären Syphilis, übertrifft diese aber an Sicherheit bei der tertiären, latenten, kongenitalen und Parasyphilis. Außerdem hat sie einen größeren prognostischen Wert als die Wassermannsche Reaktion, wenn es sich darum handelt, die Heilung einer Syphilis festzustellen.

A. Gunsett-Straßburg.

Der klinische Wert der mit Spirochätenextrakt vorgenommenen diagnostischen intrakutanen Reaktionen, von G. Géber-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 7). Luetin, das Extrakt der Reinkultur der Spirochaeta pallida, benutzte Verfasser zu seinen Versuchen. Da in gewissen Fällen auch der Stoff des Nährbodens eine Reaktion hervorruft, hat Noguchi als Kontrolle mit ähnlichem Verfahren spirochätenfreie Stoffe angefertigt. Bei den meisten Reaktionen bildet sich in den ersten 24 Stunden an Stelle der Injektion ein heller, großer, roter Fleck, der in den nächsten 24 Stunden spurlos verschwindet oder immer kleiner wird, und eventuell 3—4 Tage später verschwindet, einen von Infiltration freien Fleck zurücklassend. Wenn die Reaktion positiv ist, so entwickelt sich der entzündliche Prozeß nicht zurück, sondern verhärtet sich, so daß 4—5 Tage später eine konsistente Papel von etwa 5 mm Durchmesser entsteht, die sich langsam, eventuell nach Wochen zurückbildet unter Zurücklassung eines bräunlichen Fleckes. Manchmal entsteht nach 4—5 Tagen in der Mitte des entzündeten Teiles ein kleines Bläschen, das vereitert und platzt. An seiner Stelle nimmt jetzt in der Mitte der infiltrierten Papel ein keines rundliches Ulkus Platz. Verfasser erprobte in 160 Fällen die Reaktion und befolgte dabei die Anweisungen Noguchis. Vor der Injektion wurde das Luetin gut geschüttelt. Sodann wurde Luetin und Kontrollstoff mit einer sterilen Pipette in ein besonderes Glas abgewaschen und mit sterilem Kochsalzwasser derart verdünnt, daß auf Erwachsene 0,07 ccm, bzw. auf Kinder 0,05 ccm in 0,1 ccm (d. h. für eine Injektion) gekommen ist. Die Injektion wurde mit einer durch eine feine Nadel genau produzierte Spritze sehr vorsichtig und pünktlich intraepidermial gegeben; jedesmal wurde eine separate Spritze und Nadel zum Luetin und zur Kontrolle benutzt. Die Injektion wurde an der Beugeseite des Unterarmes vorgenommen. In den rechten Arm wurde das Luetin, in den linken behufs Vergleichung die Kontrollflüssigkeit gespritzt. Vor den Injektionen wurden die Arme mit Jodbenzinäther und Alkohol gereinigt. Von 160 Fällen dienten 24 zur Kontrolle. Sie litten an verschiedenen Hautkrankheiten. In der Anamnese kam Lues nicht vor, und auch die Wassermann-Reaktion war negativ. Bei diesen 24 Fällen

Digitized by Google

war die Reaktion immer negativ. In 3 Fällen konnte die Reaktion nicht verwertet werden, weil sich auch in der Kontrolle ausgeprägte Reaktion eingestellt hat. Die Reaktion bekommt man um so häufiger, je länger bei den Individuen Lues besteht. Die mit von NOGUCHI angefertigtem Luetin vorgenommenen intrakutanen Reaktionen verursachen den Patienten keine Schmerzen und bilden für die Patienten keine Gefahr. Die Technik ist so einfach, daß sie jeder mit gewisser Vorsicht vornehmen kann. Die Reaktionen scheinen ohne Zweifel bei Syphilis einen spezifischen Charakter zu haben, aber sie sind eher in der späteren Periode konstant. In späten Syphilisfällen tritt sie auch dann auf, wenn die WASSERMANN-Reaktion negativ ausfällt. Sie kann gewissermaßen als Ergänzungsuntersuchungsmethode bei diesen Fällen neben der WASSERMANN-Reaktion dienen.

Porosz-Budapest.

Über neuere Modifikationen (KARVONEN, MANOILOFF) und zur Technik der WASSERMANNschen Reaktion, von ERNST BERNHARDT. (Diss., Leipzig 1912.)

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Modifikation der WASSERMANN-Reaktion nach SABRAZES-ECKENSTEIN und ihre Anwendbarkeit in der Kinderklinik, von A. PERELMAN. (Rev. méd. de la Suisse rom., 1913, Nr. 2.) Die Modifikation stammt von 1911, siehe Zeitschrift für Immunitätsforschung usw., Bd. 10, H. 4. Sie verwendet den Normalambozeptor und das Komplement des aktiven Serums. Als Antigen wird alkoholischer Menschenherzextrakt genommen; und zwar wird die kleinste Dosis, welche mit einem sicher syphilitischen Serum keine Hämolyse gibt, und mit einem nichtsyphilitischen Serum die Hämolyse nicht hemmt, genommen. Die Hammelblutaufschwemmung ist die gewöhnliche. Die vier Reagentien werden auf 0,1 aufgefüllt. Im ersten Röhrchen wird die einfache Dosis (0,1) Antigen, im zweiten die doppelte eingesetzt. Das dritte wird ohne Antigen angesetzt und muß immer Lösung anzeigen. Verfasser untersuchte nun 31 Fälle gleichzeitig mit aktivem Serum nach S.-E. und mit inaktiviertem nach WASSERMANN. In 24 Fällen zeigte sich Übereinstimmung, in einem war ein entgegengesetztes Resultat, in sechs ein zweifelhaftes Resultat vorhanden. Dieses basiert auf Mangel an Normalambozeptor oder auf Verbrauch desselben in solchen Fällen, wo das Serum rot gefärbt erscheint. Trotzdem empfiehlt Verfasser diese Modifikation (bei uns als HECHTsche längst bekannt und wieder verlassen! D. Ref.), weil sie mit kleiner Menge Serum arbeitet, die man bei Kindern eher erhalten kann als bei Größeren. Werther-Dresden.

Über Erzeugung von Komplementbindungsreaktionen durch Zusatz von chemischen Substanzen zum normalen Serum, von E. ROMINGER-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 16.) Einer Anregung v. DUNGERNs folgend, hat Verfasser bei einer größeren Reihe von Versuchen die WASSERMANNsche Reaktion, die Tumorreaktion nach v. D. mit Paralyseblutextrakt und die Tuberkulosereaktion mit einem Gemenge von Tuberkulin und von Extrakt aus tuberkulösem Gewebe nach HAMMER in der Weise ausgeführt, daß er normales Serum mit einem Zusatz, bestehend aus verschiedenen chemischen Körpern, verwendete. Die Liste dieser Körper umfaßt teils Säuren, wie Stearinsäure, Ameisensäure usw., teils Kohlehydrate, Dextrin, Anilin, Maltose usw., teils Chemikalien, wie Ammoniumchlorid, Leuzin, Formalin u. a. In vielen Fällen gelang die Hämolysenhemmung in der klinisch sonst üblichen Weise. Es wird daraus zu entnehmen sein, daß die Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis, Karzinose und Tuberkulose nicht auf einer Antikörperbildung zu beruhen brauchen, sondern vielleicht schon dadurch bedingt

Digitized by Google

werden, daß abnorme Substanzen aus dem krankhaft veränderten Gewebe in das Blut gelangen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Meiostagminreaktion bei Verwendung von Lezithinextrakten, von Enrico Ferrari & Lino Urizio-Triest. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 16.) Untersuchungen mit Azetonauszügen aus Lezithin, die sich als sehr brauchbar zur Ausführung der Meiostagminreaktion erwiesen, und mit Lösungsmitteln aus der Gruppe der Alkohole und der Benzolreihe. Bei den alkoholischen Lezithinextrakten ergab sich die Tatsache, daß von Methyl- bis zum Amylalkohol unter stetem Steigen des Titers eine progressive Zunahme der Ausschläge bei Karzinomen eintrat.

W. Lehmann-Stettin.

Meiostagminreaktion und Wassermann-Reaktion: vergleichende Untersuchungen bei Lues, von G. Bazzicalupo-Neapel. (Gazz. internaz. di Med. e Chir., 1913, Nr. 17.) Untersuchungen von 40 Individuen. Die Wassermann-Reaktion war 32mal positiv, 4mal negativ, 4mal schwach oder zweifelhaft; die Meiostagminreaktion war 23mal positiv, 7mal negativ, 10mal schwach oder zweifelhaft.

Bei Primärlues war die M.-Reaktion öfter positiv als die W.-Reaktion; bei Tertiärlues war letztere öfter positiv als erstere.

Daraus erfolgt, daß die Ascoli-Ezarsche-Reaktion besonders bei Primärlues gute Dienste leisten kann und bei Tertiärlues die Wassermannsche Reaktion vorzuziehen ist. K. Rühl-Turin.

Erfahrungen mit der Hermann-Perutzschen Syphilisreaktion an 600 Fällen von Fr. Lade-Hamburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 15.) Nach den Erfahrungen des Verfassers sind die Resultate der H. P.-Reaktion bei Nichtlues und Lues latens entsprechend der Wassermannschen Reaktion. Bei sicherer Lues und fraglicher Lues ist die H. P.-Reaktion feiner. Zum Schluß sind einige technische Einzelheiten erwähnt, die nicht zum kurzen Referat geeignet sind.

V. Caesar-Dresden.

Über zwei Fälle von schwerer Lues, von K. Rühl-Turin. (Riv. ospedaliera, 1913, Nr. 10.) In dem einen Fall traten sich während der Hg-Behandlung, die kurze Zeit nach dem Auftreten der Primärsklerose eingeleitet wurde, verschiedenartige sekundäre Symptome (makulo-papulo-pustulöses Syphilid, Schleimpapeln, Alopezie usw.) auf, und nach 29 Einspritzungen von Sublimat (0,02) hatte sich das klinische Bild einer schweren Lues (Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, anämischer Zustand, schwerer Kräfteverfall usw.) entwickelt. Die gesamten Symptome wichen auf drei intravenöse Einspritzungen von Neosalvarsan. Die Infektion stammte aus dem Transvaal.

In dem zweiten Fall traten während 18 Monate, trotz energischer Hg-Behandlung (+ eine intramuskuläre Salvarsaneinspritzung) fortwährend neue Rezidive von Sekundärlues auf. Die Krankheit kam zum Stillstand, als Pat. drei intravenöse Einspritzungen von Neosalvarsan bekam und auf den Mißbrauch von Alkoholizis verzichtete.

Die anscheinende Bösartigkeit mancher luetischer Infektionen beruht nur auf Quecksilberfestigkeit des Krankheitserregers oder auf besondere äußerliche Umstände, nach deren Beseitigung die Krankheit normal verläuft.

K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Lues haemorrhagica, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1913, Nr. 20.) Da Hämorrhagien bei erwachsenen Luetikern zu den selten beobachteten Erscheinungen gehören, so glaubt der Verfasser den von ihm beobachteten

Digitized by Google

Fall veröffentlichen zu sollen. Auftreten von Hämorrhagien und Ekchymosen bei einem 21 Jahre alten unbehandelten Luetiker zur Zeit des noch bestehenden Primäraffektes und eines beginnenden papulösen Exanthems; dieselben sind besonders an den unteren Extremitäten und in geringerer Zahl auch am Abdomen und Thorax lokalisiert; dabei keinerlei Beschwerden von seiten der Muskeln oder Gelenke, aber dauernd leicht erhöhte Temperaturen. Die Salizylbehandlung versagt völlig; nach Einleitung einer Inunktionskur (5,0 g ung. ciner. pro die) Rückgang des Fiebers, und nach vier Tagen Verschwinden der Blutaustrittstellen und allmähliche Heilung der übrigen syphilitischen Manifestationen. Wegen der Gleichzeitigkeit der erwähnten luetischen Symptome mit den Hämorrhagien und der Abheilung der letzteren nach spezifischer Behandlung, glaubt BRODFELD dieselben als eine Manifestation der konstitutionellen Lues auffassen zu müssen.

Lasch-Breslau.

Die skrofuloiden Formen der Syphilis, von EMILE SERGENT. (Bull. méd., 1913, Nr. 42.) Es gibt Fälle, die Läsionen der Knochen, Gelenke, Drüsen usw. zeigen, die als skrofulös angesehen werden und lange Zeit vergeblich behandelt werden; entsteht schließlich der Verdacht auf Syphilis, und wird eine spezifische Kur eingeleitet, so heilen die Läsionen prompt. Die Syphilis hat hier die Formen der Skrofulose nachgeahmt. Andererseits findet man Patienten, die in der Kindheit skrofulös waren, später aber genasen; akquirieren sie Syphilis, so kann die Skrofulose wieder erweckt werden und neue Manifestationen hervorbringen. Die hereditäre Syphilis schafft eine Disposition für die Skrofulotuberkulose. Die Grenze zwischen Syphilis, speziell hereditärer Syphilis und Skrofulose, ist nach des Verfasser Meinung nicht scharf zu ziehen; eine begünstigt das Auftreten der anderen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Erfahrungen über luetische und postluetische Erkrankungen der Niere, von RICHARD BAUER und PAUL HABETIN-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 27.) Schon in früheren Publikationen konnten Verfasser nachweisen, daß es zweifellos chronische Nierenerkrankungen gibt, die nicht anders als durch eine vorangegangene luetische Infektion erklärt werden können, und alle ein charakteristisches klinisches Bild bieten; wobei er unentschieden ließ, ob die Erkrankung Folge einer Toxinwirkung oder einer Ansiedlung der Spirochäten in der Niere ist. Die Seroreaktion ist stets sehr ausgeprägt, ebenso die WASSERMANNsche Reaktion der Harnglobuline, während der native Harn nur unter bestimmten Umständen diese Reaktion zeigt. Er kann seinen früher mitgeteilten drei Fällen sechs weitere anfügen, unter denen sich sowohl akute hämorrhagische Nephritis, als auch subchronische und chronische Fälle, sowie syphilitische Amyloidose finden. Ein allmählich unmerkbarer Beginn der Krankheit scheint häufiger zu sein als das Einsetzen einer akuten syphilitischen Nephritis. Daß die Seroreaktion von besonderer Stärke ist, hat sich auch in diesen sechs Fällen wieder nachweisen lassen. Die Behandlung hatte meist einen guten Erfolg, löste jedenfalls keine Schädigungen aus.

Die mit dem Urin und mit den Globulinen im Harn angestellten Reaktionen scheinen einen Beweis für die schon früher geäußerte Ansicht zu geben, daß die positive WASSERMANNsche Reaktion im Harn auf dem Durchtritt der Serumglobuline in genügender Menge in den Harn beruht. Die Serumglobuline sind wohl die Träger der Serumreaktion, und es ist die Harnreaktion sozusagen ein Abklatsch der Seroreaktion und diagnostisch nicht mehr verwertbar als diese.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase, von R. PICKER-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1913, Nr. 8.) Verfasser berichtet über einen 44jährigen Patienten, der über fortwährendes Jucken in der Blasengegend klagt. Das häufige Urinieren ist mit Schmerzen verbunden, die sich steigern gegen das Ende des Urinierens, aber das Entleeren des Urins kostet ihn keine Anstrengung. Er schläft die ganze Nacht hindurch. Vor 25 Jahren hatte Patient Lues und Blennorrhoe durchgemacht. Seine derzeitigen Beschwerden bestehen seit etwa 10 Tagen. Seit 3 Tagen ist das Leiden unerträglich. Nach halbstündiger Pause entleert Patient unter krampfhaften Schmerzen etwa 20—30 ccm trüben Urin. Der erste Teil des Urins ist ganz trüb, der zweite Teil weniger, aber es sind Flocken drinnen. In letzteren fand man recht viel Eiterzellen und wenig Stäbchenbazillen. Nach der zystoskopischen Untersuchung hat die Aufnahmefähigkeit der Blase nicht gelitten. Mit Ausnahme des Trigonums und des Fundus scheint die Schleimhaut der Blase gesund zu sein. Aber an diesen Stellen sind in der ganzen Ausdehnung gedunsenere, dicke Falten vorhanden. Die Schleimhaut hat eine eigentümlich livide (rötlich-bläuliche) Farbe. Aus dem klinischen Bilde fehlte bei dieser Gelegenheit die beinahe in allen Fällen der dem Verfasser zur Verfügung gestandenen Literatur erwähnte Hämaturie. Der reine Nierenurin und der normale Betastungsbefund der Drüsenadnexe der hinteren Harnröhre und die geringe Entzündungsveränderung ihrer Sekrete wies auf einen Prozeß hin, der sich nur auf die Blase beschränkt hat. Als ganz neu und ungewöhnlich fiel dem Verfasser die rötlich-bläuliche Färbung der am meisten angegriffenen Blasenwandteile auf, die gar nicht zu der durch irgend welche heftige Bakterienentzündung hervorgerufenen Blutfülle im Verhältnis stand. Infolge der ständigen Katheter- und lokalen Lapisbehandlung trat eine Verschlimmerung ein. Die diagnostische Voraussetzung des Verfassers rechtfertigte der Umstand, daß, obgleich die WASSERMANN-Reaktion negativ war, sämtliche Symptome und Klagen ganz aufgehört haben, sobald der Patient Jodkalium genommen hat. Verfasser ist es gelungen, die charakteristischen, wahrscheinlich aus mehreren kleineren zerfallenen Gummen entstandenen, oberflächlichen tertiär-luetischen Läsionen zu finden. Er hält das beschriebene Krankheitsbild als einen nicht vorgeschrittenen sehr jungen Fall von Blasenlues. Porosz-Budapest.

Syphilis und Sklerodermie, von JEANSELME und TOURAINE. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 77.) Die Verfasser berichten in der Sitzung vom 3. Juli 1913 der dermatologischen Gesellschaft über einen Fall von rasch fortschreitender Sklerodermie bei einer Frau, die auf hereditäre Lues verdächtig war. Die WASSERMANNsche Reaktion war positiv, und bei der Lumbalpunktion fand sich eine starke Lymphozytose. Durch eine antisyphilitische Behandlung wurden die meisten Symptome gebessert. A. Gunsett-Straßburg.

Über akute luetische Polyarthritis im Spätstadium der Syphilis, von W. HUZAR-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 33.) Verfasser teilt drei Krankenfälle mit, deren klinisches Bild große Ähnlichkeit mit akutem Gelenkrheumatismus hat, die aber bei genauer Beobachtung als luetisch angesprochen werden müssen. Er faßt seine daran angeschlossenen Erörterungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Es gibt Formen einer multiplen, akuten Gelenkentzündung auf luetischer Grundlage im Spätstadium der Syphilis, welche dem akuten Gelenkrheumatismus vollkommen oder beinahe vollkommen ähnlich sein können. Das Besondere dieser Formen ist, daß sie ohne Eiterung verlaufen. 2. Bei allen fieberhaften Gelenkentzündungen, die der üblichen Behandlung irgendwie stärkeren Widerstand leisten, soll man an die Möglichkeit einer Lues denken und auf ihre

Digitized by Google

Erscheinungen fahnden, eventuell bei negativem Ergebnis versuchsweise eine antiluetische Therapie einleiten. 3. Die Therapie besteht in gleichzeitiger Darreichung von Quecksilber und Jodkalium und, wenn ohne Erfolg, Salvarsan.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilitische Knochen- und Gelenkerkrankungen bei Kindern, von Oswald L. Addison-London. (Med. Press a. Circ., 26. März 1913.) Die hierhergehörigen Erkrankungen sind früher häufig verkannt worden; eine Besserung dieses Übelstandes ist durch die Wassermann-Reaktion bewirkt worden.

Die luetische Epiphysitis, die zu Unrecht so benannt ist, da der Krankheitsprozeß am stärksten am Ende der Diaphysen auftritt, befällt am häufigsten das Schultergelenk: Pseudoparalyse. Spezifische Behandlung zeigt guten Erfolg.

Die im späteren Alter auftretende Periostitis ist vielfach eine Erkrankung der Tibia.

Die Osteomyelitis befällt hauptsächlich die langen Röhrenknochen, und da wieder am stärksten die Enden der Diaphysen. In frühen Stadien ist spezifische Behandlung von Erfolg; in späteren ist jedoch chirurgisches Eingreifen erforderlich. Die Wundheilung erfolgt durch die stets vorhandene Sekundärinfektion sehr langsam.

Die gummöse Synovitis befällt gewöhnlich ein größeres Gelenk, selten mehrere. Verwechslung mit tuberkulöser Erkrankung oder bei Befallensein mehrerer Gelenke mit Arthritis rheumatica kommt vor. Der Ausfall der Wassermann-Reaktion ist daher wichtig. Bei entsprechender Behandlung ist völlige Wiederherstellung der Funktion die Regel, wenn auch häufig eine Verdickung der Knochen zurückbleibt.

Die symmetrische seröse Synovitis tritt gewöhnlich in den Kniegelenken auf; andere Gelenke sind jedoch nicht ausgeschlossen. Völlige Heilung ist zu erwarten.

Fendt-Wiesbaden.

Beitrag zur diffusen Knochenlues, von Konrad Bingold. (Diss., Berlin 1913.) Es gibt zwei Hauptformen der Spätsyphilis an den Knochen: 1. die umschriebene gummöse, 2. die diffuse Form. Letztere steht in naher Beziehung zur Knochensyphilisform bei der kongenitalen Lues, wie sie besonders an der Tibia zustande kommt und die dann meist das typische Bild der „Tibia en lame de sabre" zur Folge hat. Im histologischen Verhalten hat sie eine gewisse Ähnlichkeit mit dem osteoplastischen Karzinom, und vor allem mit Knochen bei Knochentransplantation. Das makroskopische Bild kommt dadurch zustande, daß vom syphilitischen Granulationsgewebe einerseits Nekrosen in der Nachbarschaft verursacht werden, für die, durch Anreiz auf die ossifikationsfähigen Organe Knochenneubildung, also Ersatz, gebildet wird, und daß andererseits sich auf einer Knochennekrose, die sich bereits im Umbau befindet, eine neue Nekrose aufpfropft, daß sich also sozusagen rezidivierende Nekrosen (Axhausen) ausbilden. Diesen Erscheinungen ist eine Anschwellung des Knochens zuzuschreiben. Eine andere Schwellung kann sich äußerlich dadurch bemerkbar machen, daß sich die aufliegende Muskulatur (diffuse syphilitische Myositis) am syphilitischen Prozeß beteiligt. Dadurch kommen Bilder zustande, die einem Knochensarkom nahe stehen. Durch Umwandlung des kompakten Knochens in schwammigen, wird trotz Verdickung ein Untergang der Stabilität herbeigeführt und damit die Gefahr der Spontanfraktur verursacht. Eine sichere Diagnose läßt oft nur das Röntgenbild zu.

Fritz Loeb-München.

Hanotscher Symptomenkomplex und Syphilis, von Castaigne. (Journ. d. pratic., 1913, Nr. 27.) Es handelt sich bei der Hanotschen Krankheit um Hepa-

Digitized by Google

titis chronica oder chronische Zirrhose mit Ikterus. CASTAIGNE sah in kurzer Zeit mehrere Fälle dieser Art, die auf eine syphilitische Infektion zurückzuführen waren.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Lebersyphilis, von REBATU und FAUJAS. (Lyon méd., 1913, Nr. 19.) Der 27jährige Kranke litt seit ½ Jahre an Ikterus sowie an häufig wiederkehrendem Erbrechen. Als er ins Spital kam, bestand Anasarka und Aszites. Die Leber war sehr groß; bei einer Probelaparatomie zeigte sie sich uneben, von vielen Furchen durchzogen. Der Aszites war chylös. Der Kranke starb bald darauf. Die Sektion zeigte eine hypertrophische, höckrige Leber, die von reichlichem sklerotischem Gewebe durchzogen war; im linken Lappen fanden sich typische Gummen. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt; es fand sich reichliche Neubildung von Gallengängen. Die mit dem Aszites angestellte WASSERMANNsche Reaktion war zweifelhaft; auffallend war sein Reichtum an einkernigen Zellen. Die Erscheinungen waren in diesem Falle nicht charakteristisch.

Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Technik der Blutentnahme für die WASSERMANNsche Reaktion, von O. RAAB-München. (Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 35.) RAAB verfährt in der Weise, daß er am zweiten, dritten oder vierten Finger nach Reinigen mit klarem Wasser an der Grenze des mittleren und äußeren Drittels der Volarflächen der letzten Fingerglieder (wo in der Tiefe die Art. digit. volar. profunda verläuft) mit einem zweischneidigen Skalpell rechts und links je einen kleinen Einstich macht. Darauf senkt man den Arm des Kranken, abduziert leicht und drückt mit rhythmischen Pausen oberhalb der Stichflächen, bis man in einigen Minuten die nötigen Mengen Blut gewonnen hat. Die Stiche sind so unbedeutend, daß es genügt, sie etwa auf nur eine Stunde mit einem Streifen Heftpflaster zu verkleben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die k. k. **Österreichische Krebsgesellschaft** plant die Errichtung eines Krebsspitales im Bereiche der neuen Wiener Universitätskliniken. Zunächst wurde ein mit den modernsten Behelfen ausgestattetes chemisches Laboratorium geschaffen und mit dessen Leitung der Vorstand des Laboratoriums der SPIEGLER-Stiftung, Prof. SIEGMUND FRÄNKEL, betraut.

Auf dem vom 20.—23. Dezember 1913 in Rom stattfindenden 24. Kongresse der **Italienischen Gesellschaft für innere Medizin** gelangt u. a. das Thema „Syphilis des Herzens" zur Diskussion.

Dr. JÓZEF PETROKOŃSKI, Ordinator an der dermatologischen Abteilung am St. Lazarus-Spitale in Warschau, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Dezember 1913 | Nr. 51 | Band 57

Aus Dr. Dreuws dermato-urologischem Institut, Berlin.

Die Behandlung der Impotenz mit Kollikuluskaustik, Hydrovibration und Organtherapie.

Von

Dr. med. Dreuw, Berlin.

(Mit 16 Abbildungen.)

Die Impotenz ist in der Mehrzahl der Fälle eine Teilerscheinung des Symptomkomplexes der Neurasthenia sexualis. Als Ursachen der Neurasthenia sexualis sind hauptsächlich vier von besonderer Bedeutung: Onanie, chronische Urethritis posterior, frustane Libido und Coitus interruptus.

In der Regel besteht eine neuropathische Anlage, welche durch die genannten Schädlichkeiten noch eine Verschlimmerung erfährt. Namentlich bei der Onanie entwickelt sich ein Circulus vitiosus insoforn, als die an und für sich schon bestehende Labilität des Nervensystems durch die infolge der Onanie in der Harnröhre entstehenden Veränderungen reflektorisch immer mehr im ungünstigen Sinne beeinflußt wird. Durch die technischen Verbesserungen des Goldschmidtschen Irrigationsurethroskops sind wir in der Lage, diese namentlich in der hinteren Harnröhre entstehenden pathologischen Veränderungen besser zu beobachten und zu beurteilen, als dies früher möglich war. Da diese Veränderungen in den meisten Fällen hauptsächlich ein kleines Organ, den Colliculus seminalis, betreffen, so läßt sich a priori schon vermuten, daß bei der Entzündung dieses nervenreichen Organs eine Lokalbehandlung von günstigem Einfluß auch auf die Neurasthenia sexualis und ihrer Folgezustände (Pollution. nimiae, Spermatorrhoe, Onanie, Ejaculatio praecox, Prostatorrhoe, Impotenz, Parästhesien in der Urethra und der Umgebung der Urethra, im Mastdarm und Hoden, häufiges Urinieren, ausstrahlende Schmerzen zum Rücken und in die Oberschenkel, Kopfschmerzen, Verstimmung, Zerstreutheit, körperliche Schwäche, Arbeitsunlust usw.) sein wird. In der Tat hat die Praxis ergeben, daß die schon von Lallemand vor 70 Jahren ausgeübte Technik einer Ätzung des Colliculus seminalis von entschiedenem Nutzen auf die Symptome der Neurasthenia sexualis ist. Meiner Meinung nach lassen sich diese Besserungen und Heilungen so erklären, daß die Erkrankung

Digitized by Google

der nervenreichen Gegend in der hinteren Harnröhre auf dem Wege des Reflexes Wirkungen auslöst, die wir vielleicht in Vergleich bringen können mit den Fernwirkungen bei Erkrankungen der Nase auf andere Organe (Uterus, Lunge u. a.). Erst genauere experimentelle physiologische und pathologische Untersuchungen dürften auf dieses für die Pathologie und Therapie des Sexualtraktus so wichtige Gebiet genauere Aufklärung bringen. Tatsache ist jedenfalls, daß eine entsprechende Lokalbehandlung des Colliculus seminalis von günstigem Einfluß bei einer großen Anzahl, wenn nicht in der Mehrzahl der Fälle von ausgesprochener, auf einer Erkrankung des Sexualtraktus beruhender Neurasthenia sexualis ist.

Im Jahre 1904 veröffentlichte ich in Nr. 21 der Münchener medizinischen Wochenschrift die Technik der Kollikuluskaustik, wie ich sie bei der Impotenz des Mannes anwandte. Seitdem sind eine Reihe von neueren physikalischen und chemischen Methoden in die Diagnostik und Therapie eingeführt worden, namentlich die Irrigationsurethroskopie, und so möchte ich im folgenden die damals beschriebene Methodik ergänzen auf Grund der Erfahrungen, die ich in den letzten 10 Jahren sammeln konnte. Diese Erfahrungen erstrecken sich auf mehr als 150 Fälle von Impotenz, von denen über 100 eine ausgesprochene Kollikulitis zeigten. Durch die noch weiter zu erwähnende Behandlungsmethode wurde in 60 % aller Fälle von ausgesprochener Erkrankung des Colliculus seminalis Heilung erzielt und zwar hauptsächlich durch die Kollikuluskaustik in Verbindung mit anderen allgemein-diätetischen, internen und lokalen Behandlungsmethoden, auf welche ich im folgenden näher zurückkommen werde. Ich bemerke ausdrücklich, daß zur lokalen Behandlung des Kollikulus sich nur solche Fälle von Neurasthenia sexualis und deren Folgeerscheinungen (Impotenz, Spermatorrhoe, Pollutionen usw.) eignen, bei welchen eine deutlich sichtbare Veränderung des Colliculus seminalis konstatiert werden kann.

Man teilt die Impotenz zweckmäßig ein:

I. Impotentia coeundi: a) Somatischer Natur. 1. Auf Grund allgemeiner Schädigungen des Körpers, Alter, Alkohol, Nervenerkrankungen, Tabes, Paralyse, Vergiftungen, Syphilis, Infektionen, Neurasthenie usw. 2. Auf Grund lokaler Erkrankungen der Harnröhre (Kollikulitis, Urethritis, Prostatitis). Die Kollikulitis ist wiederum die Folgeerscheinung namentlich von übertriebener Onanie, frustaner Libido, chronischen Harnröhrenentzündungen und namentlich von Coitus interruptus. b) Psychischer Natur.

II. Impotentia generandi. Selbstverständlich erfordert jede einzelne dieser Formen der Impotenz ihre bestimmte individuelle Behandlung. Namentlich bei dieser vielseitig zu deutenden Erkrankung ist eine diffe-

Digitized by Google

rentialdiagnostische Beurteilung jedes einzelnen Falles am Platze, und wie überhaupt in der Medizin, so bewährt sich auch hier der Satz: „Nur ein guter Diagnostiker kann ein guter Therapeut sein."

In folgendem soll hauptsächlich die Rede sein von der Behandlung derjenigen Formen der Impotenz, die auf Grund lokaler Erkrankungen der hinteren Harnröhre, namentlich des Colliculus seminalis, entstanden sind und durch entsprechende Behandlung, namentlich durch Kollikuluskaustik und Wasserdruckmassage in Besserung oder Heilung übergeführt werden können, jenen Formen also, bei denen wir urethroskopisch ein sichtbares Substrat in Form einer Kollikulitis oder einer Entzündung der hinteren Harnröhre konstatieren können, während die übrigen Formen der Impotenz nur kurze Erwähnung finden sollen.

Unter Kollikuskaustik versteht man die entweder chemische oder physikalische Ätzung des Samenhügels, derjenigen Erhebung in der Pars prostatica, welche in ihrer Mitte die Mündungen des Utriculus masculinus und zu beiden Seiten dieses Utrikulus die Mündung der Ducti ejaculatorii zeigt. Um diese Mündungen herum liegen zerstreut die sogenannten Prostataschläuche. Die Lage des Samenhügels ist nicht konstant. Manchmal liegt er mehr nach dem Schließmuskel, manchmal mehr nach der Pars membranacea zu. Mit einer Guyon-Sonde Nr. 18—19 ist er in der Regel sehr deutlich zu fühlen, kurz bevor der Knopf der Sonde in die Blase eindringt. Namentlich mit der Goldschmidtschen Irrigationsurethroskopie, aber auch mit der Valentineschen Lampe sind die verschiedenen Formen des Kollikulus deutlich zu beobachten. Er hat entweder die Gestalt einer spitzen Pyramide, oder aber er ist mehr zylinderförmig, hier und da pilzformig, manchmal mit Zacken und kammartigen Fortsetzungen versehen, hier und da sattelförmig geteilt, manchmal wie eine abgekappte Pyramide aussehend. Er springt im Urethroskop als eine kleine tumorartige Erhebung deutlich vor. Die Oberfläche ist vielfach glatt, vielfach auch mit Furchen versehen, manchmal ödematös, aufgelockert und runzelig. Der Sinus prostaticus ist in der Regel sehr gut sichtbar. Ich habe in verschiedenen Fällen deutliche Infiltrate und entzündlich rot gefärbte Ränder dieser Einbuchtung sehen können. Auch Zystenbildungen und eitrige Sekretionen auf den Ducti ejaculatorii kommen vor. Mit dem allmählichen Schwund des entzündlichen Infiltrates des Kollikulus verschwinden vielfach auch die Furchungen. Die intensive Röte, die ödematöse Schwellung sieht man dann mehr hellrot oder gelblichrot.

Die Erkrankung des Kollikulus ist entweder gonorrhoischer Natur (chron. Prostatitis, chron. Urethritis), oder aber sie ist zurückzuführen auf Onanie, frustane Libido, venöse Stauungen (Hämorrhoiden), Coitus interruptus, Exzesse im Venere. Bei allen diesen Exzessen kann man

Digitized by Google

in der Regel Veränderungen des Kollikulus konstatieren, die sich in folgendem äußern: Bei dem leichteren Grad der Erkrankung, den mehr akuten Formen, besteht Hyperämie und katarrhalische Schwellung. Die Kollikulus selbst ist vergrößert, geschwollen und springt deutlich im Fenster des Tubus vor. Die Farbe ist intensiv hochrot und hebt sich von der Umgebung deutlich ab. Die Oberfläche ist entweder glatt und ödematös oder faltig, runzelig, hier und da himbeerartig, leicht blutend.

Bei länger bestehender Erkrankung tritt eine Resorption des entzündlichen Infiltrates ein und Ersatz durch Bindegewebe. Dann sieht man einen mehr flachen und gelblich bis grauweiß verfärbten Kollikulus, der weniger sukkulent ist. Häufig jedoch sieht man hyperämische Stellen inmitten des gelblichroten oder grauweiß verfärbten Kollikulus.

Auf die sonstigen pathologischen Veränderungen (Zysten, eitrige Sekretionen, Granulationen, Polypen, Papillomen, Ätznarben durch vorhergegangene Behandlung) gehe ich an dieser Stelle nicht weiter ein.

Behandlung.

A. Kollikuluskaustik.

Die von mir angewandte Methodik zur Behandlung der Impotenz bei positivem pathologischen Befund in der hinteren Harnröhre im besonderen und weiterhin zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie im allgemeinen ist folgende: 1. Besichtigung zum Zwecke der Differentialdiagnose mit Hilfe der Goldschmidtschen Irrigations-Urethroskopie ev. in Verbindung mit dem Valentineschen Urethroskop. 2. Beim Vorhandensein einer Kollikulitis und beim Ausbleiben von Blutungen oder bei geringer Blutung (Adrenalin!) sofort darauffolgende Ätzung des Kollikulus seminalis, im anderen Falle erst nach 4—8 Tagen. Diese Ätzung wird ausgeführt entweder: a) physikalisch: mit Hilfe des Dreuwschen Lichtträgers, b) chemisch: mit um Fleischerhölzer gewickelte Wattetupfer, die in Argentum nitric. (10 bis 20 %ig) oder andere Ätzmittel eingetaucht werden. 3. Als lokale Nachbehandlung nach Abheilung der Ätzung Wasserdruckmassage (Endomassage) der hinteren Harnröhre; Behandlung der Prostata und hinteren Harnröhre (faradisch und galvanisch) und andere später noch zu erwähnende Lokalbehandlungsmethoden. 4. Allgemeine (roborierende, diätetische, medikamentöse, physikalische) Behandlung, namentlich Organtherapie.

Ad 2. Technik der Kollikuluskaustik.

1. Janet-Spülung (mit Hydrarg. oxycyanat. 1 : 5000) der vorderen Harnröhre mittels Irrigators. 2. Injektion von Novokain 2 %ig (auf 10 ccm kommen 10 Tropfen Adrenalin; Reagenzglas aufkochen!) in die hintere

Digitized by Google

Harnröhre mittels Guyon Nr. 18. 3—4—5 ccm. 3. Sofort hinterher Injektion von 10 ccm mittels Trippersprítze in die vordere Harnröhre. Diese wird etwa zehn Minuten lang mittels einer Stockmann-schen Klemme oder einer Mullbinde geschlossen oder vom Patienten selbst zugehalten. 4. Einführung des Löwenhardtschen Tubus (Fig. 1). 5. Besichtigung des Kollikulus mit dem Valentineschen Urethroskop (Fig. 2). 6. Nach genauer Einstellung des Kollikulus, der im Fenster des gebogenen Tubus als kleiner Tumor vorspringt, macht man eine Ätzung mit dem Dreuw-schen Lichtträger (Fig. 3).

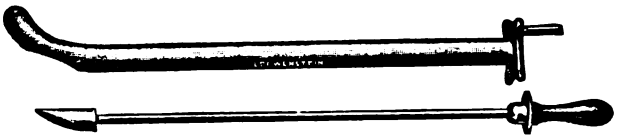


Fig. 1.

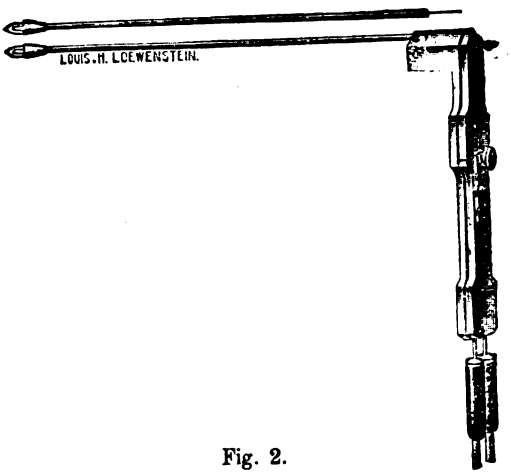


Fig. 2.

Mein Instrument (Fig. 3) besteht aus einem eigens konstruierten Handgriff mit Doppelkontakt: B für Licht, C für Kaustik und Elektrolyse, und den eigentlichen auswechselbaren Lichtträgern (Fig. b, c, d, e). Letztere nehmen in einer flachen Metallhülse die kleine Glühlampe auf und besitzen außerdem verschiedene kleine Ansatzteile, die je nach Form zur Elektrolyse,

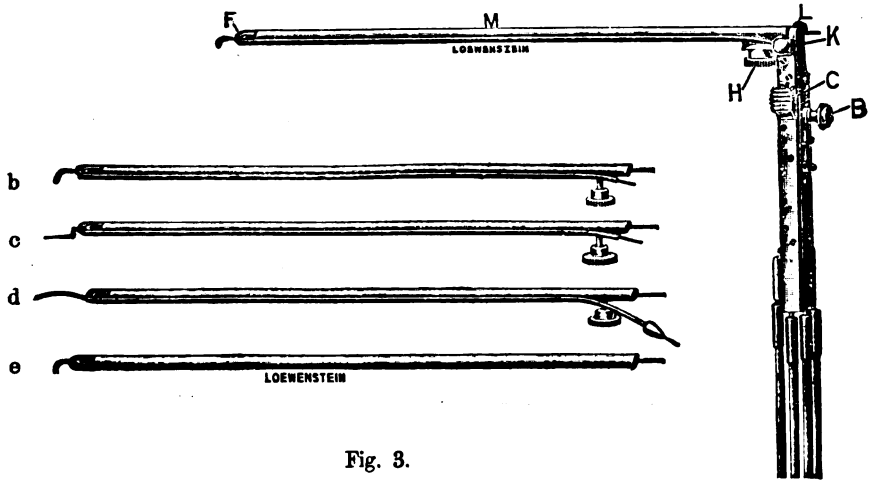


Fig. 3.

Digitized by Google

Kauterisation, Inzision und Injektion verwandt werden können. Die Ausführung der einzelnen Ansatzteile geht aus den obenstehenden Abbildungen in Originalgröße ohne weiteres hervor. Infolge der zweckmäßig getroffenen Vereinigung von Lichtträger und Behandlungsinstrument ist man in der Lage, die Lichtquelle jederzeit bequem an der zu behandelnden Stelle zu haben, wodurch gegenüber der allgemein üblichen Methode mit festliegendem Lichtträger ein erheblich ruhigeres und sichereres Arbeiten gewährleistet wird. Die zur Kaustik, Elektrolyse usw. verwendbaren Ansatzstücke sind entweder, wie in der Abbildung, nach unten oder auch nach oben gebogen, wodurch das Gesichtsfeld freier wird.

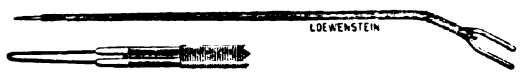


Fig. 4.

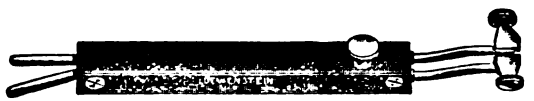


Fig. 5.

Die Kaustik kann auch mit dem Schechschen Griff (Fig. 5), auf welchem der Brenner (Fig. 4) aufgeschraubt wird, gemacht werden.

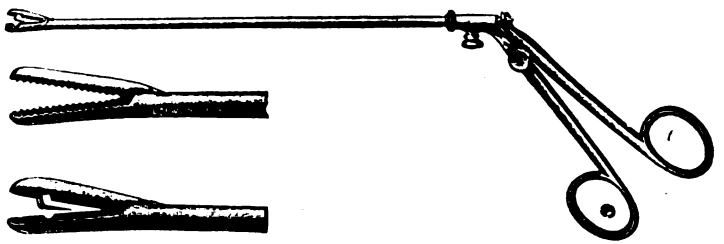


Fig. 6.

Kleine Blutungen werden mit Adrenalin gestillt. Dieses wird an die blutende Stelle gebracht mittels Fleischerhölzer, deren Spitze mit Watte umwickelt wird. Etwa in der Harnröhre sich loslösende Wattepfropfen usw. werden mittels der Dittelschen Zange (Fig. 6) herausgeholt, nachdem vorher der Tubus richtig eingestellt ist.

B. Wasserdruckmassage.

Unter Wasserdruckmassage versteht man ein 1910 von mir erfundenes System der Vibrationsmassage, das sich von den bisherigen Methoden

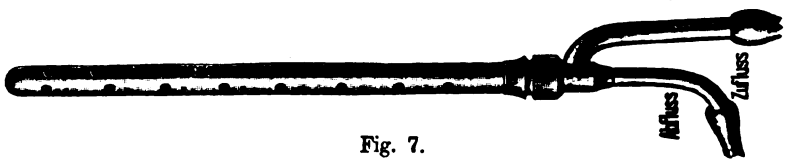


Fig. 7.

Digitized by Google

fundamental unterscheidet. Fig. 7 zeigt einen Massagekatheter für die vordere Harnröhre. Zieht man über das Instrument einen Gummiüberzug

Fig. 8.

und führt es dann mit diesem Überzug (Fig. 8) in die Harnröhre, nachdem es vorher mit der Wasserleitung (Fig. 9) verbunden worden ist, dann entsteht im Inneren der Harnröhre eine intensive Vibration der Gummimembran, die sich auf die Harnröhre derartig mitteilt, daß z. B. die den Penis umfassende Hand mit in Vibration gerät. Fig. 10 zeigt denselben Katheter für die hintere Harnröhre.

Nach der Einführung dieses Katheters gerät nur das Innere der hinteren Harnröhre in Vibration, soweit wie die Öffnungen an dem Instrument angebracht sind. Die am Damm aufgelegte Hand fühlt deutlich die Vibration. Man ist also imstande, speziell die Gegend des Colliculus seminalis in eine feinschlägige Vibration (etwa 5—15 Unterbrechungen in der Sekunde)

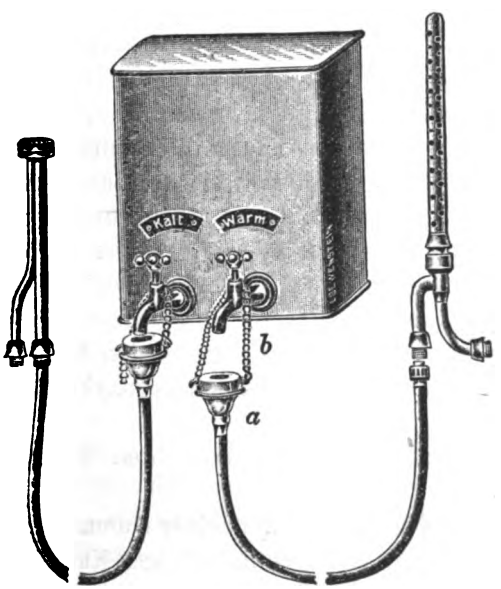


Fig. 9.

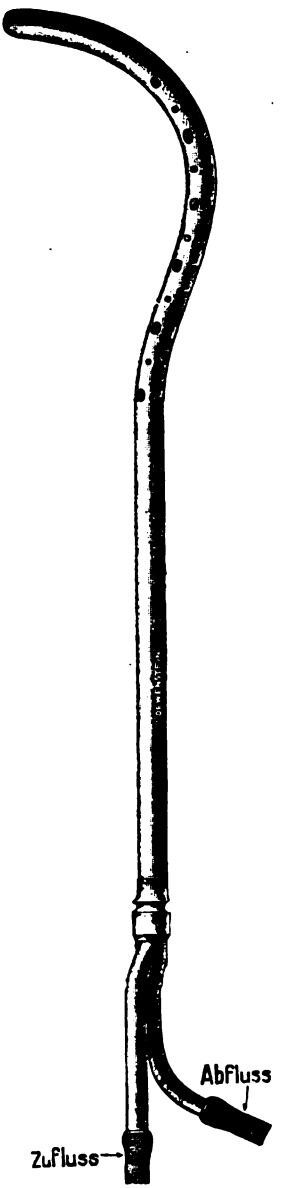


Fig. 10.

Digitized by Google

zu versetzen. Dieser Apparat für die hintere Harnröhre findet daher hauptsächlichste Anwendung zur Behandlung der Impotenz auf dem Boden einer Kollikulitis bzw. einer chronischen hinteren Harnröhrenentzündung. Fig. 11 zeigt einen Längsschnitt durch einen Wasserdruckmassagekatheter, um die Wasserdruckmassagewirkung theoretisch zu erklären. Der Katheter ist doppelwandig, d. h. in den äußeren Katheter ist ein innerer eingeschoben. Auf diese Weise entsteht ein Lumen d des inneren Katheters und ein das Lumen umgebender Raum h. Die äußere Wand des äußeren Katheters ist nun mit feinen Öffnungen a (etwa nadelspitzgroß) durchbohrt, und zwar stehen diese Öffnungen etwa 1—2 cm voneinander entfernt. Zwischen den Öffnungen a sind Kanälchen b so angebracht, daß diese das Lumen d mit der Wand des äußeren Katheters verbinden. Der zirkuläre, von den Kanälchen b durchzogene Raum endet nach unten zu in ein Zuflußrohr a, während das Lumen b in ein Ausflußrohr d mündet. Durch das Rohr a wird in der Richtung

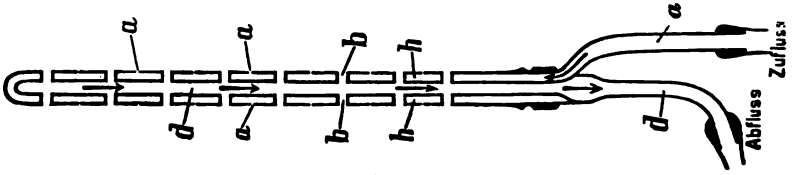


Fig. 11.

des Pfeilers Wasser durch einen Gummischlauch (je nach der gewünschten Temperatur warmes oder kaltes Wasser) entweder aus einem hochstehenden Irrigator (3—4 m hoch) oder am besten aus der Wasserleitung eingelassen (vgl. Fig. 9 und 12). Das Wasser ist dann gezwungen, seinen Weg immer nur aus den feinen Löchern a zu nehmen. Bringt man nun den Katheter in die Urethra, oder steckt man ihn in die Gummimembran, so schlägt das aus den Öffnungen a austretende Wasser gegen die elastische Membran oder gegen die elastische Harnröhrenwand an, und nachdem es diese bespült und ausgedehnt hat, fließt es sofort wieder durch das nebenan liegende Kanälchen b in das Lumen d, und hierbei zeigt sich nun das interessante Phänomen, daß die Harnröhrenschleimhaut in eine subjektiv für den Patienten und objektiv für den tastenden Finger des Arztes wahrnehmbare Vibration gerät. (Siehe Eulenburgs enzyklopädische Jahrbücher, 1911, Band 9.)

Fig. 12 zeigt die Anwendung der hinteren Harnröhren- bzw. Kollikulusmassage (Endomassage).

Der Patient steht vor einem Eimer. Das mit einer Gummimembran (diese wird auf dem Instrument durch Abreiben mit 3%iger Karbollösung sterilisiert) überzogene Instrument (Fig. 12) wird entweder im Liegen

Digitized by Google

oder Stehen eingeführt. Der Schlauch a wird sowohl mit dem Instrument als auch mit der Wasserleitung (Fig. 9 und 12) bzw. zwei hochstehenden Irrigatoren verbunden. Dann läßt man entweder nur kaltes oder warmes oder abwechselnd warmes und kaltes Wasser zufließen, woraufhin die hintere Harnröhre in Vibration gerät, wobei der Vorteil eintritt, daß mit der Vibration noch Wärme- oder Kälteapplikation zur Geltung kommt.

Mit dieser Harnröhrenvibration erzielte ich in Kombination mit der Kollikuluskaustik und der Organtherapie die besten Resultate. Ich konnte im ganzen zehn Fälle beobachten, die lediglich mit der Wasserdruckmassage allein geheilt wurden innerhalb acht Wochen bis vier Monaten.

Theoretisch und praktisch ist die günstigste Beeinflussung der Hydrovibration auch zu erklären. Denn neben der feinschlägigen Erschütterung der Schleimhaut und der damit verbundenen reflektorischen Einwirkung auf das Erektionszentralorgan spielt die Resorption von Infiltraten u. namentlich auch die psychische Beeinflussung des Patienten eine große Rolle. Der Patient fühlt die feinen Vibrationsbewegungen, die im Innern seines Körpers entstehen, er fühlt die Wärme, die Kälte oder beides abwechselnd und faßt speziell zu dieser Methode von vornherein ein gewisses Vertrauen. Wenn aber, wie ich später noch betonen werde, bei einer Erkrankung die psychische

Fig. 12.

Digitized by Google

Beeinflussung neben der physiologischen unbedingt nötig ist, dann gerade bei dem komplizierten Symptomenkomplex der Impotenz.

Die feinschlägige Vibration im Innern der Harnröhre und ihre Wirkung kann man sich deutlich vor Augen führen, wenn man während der Tätigkeit des Instrumentes die Hand auf den Damm des Patienten legt. Man hat dann das Gefühl, als ob ein faradischer Strom durch die aufgelegte Hand ginge, so zahlreich und feinschlägig sind die Erschütterungen, die von innen her selbst die dicke Dammschicht in Erschütterung versetzen. In der Tat glauben die meisten Patienten nicht an einen rein mechanischen, sondern an einen elektrischen Vorgang. Faßt man das nicht in die Harnröhre eingeführte Instrument mit der Hand an, so kann man bei der Feinheit der Unterbrechungen jedenfalls kaum unterscheiden, ob eine mechanische oder eine elektrische Energie die Gefühlsnerven der Hand trifft.

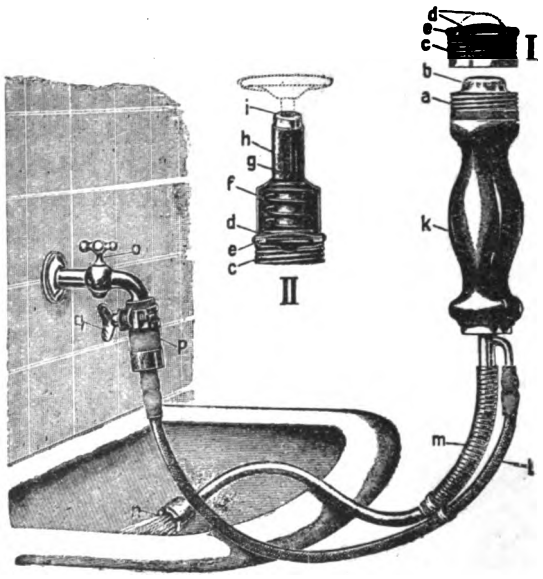


Fig. 13.

Auch die übrigen Symptome der sexuellen Neurasthenie (Prostatorrhöe, Spermatorrhöe, Kopfschmerzen, ausstrahlende Schmerzen im Rücken und in den Oberschenkeln, allgemeines Unbehagen usw.) finden teils Besserung, teils Heilung, weil die Massage, abgesehen von den erwähnten psychischen Wirkungen in der hinteren Harnröhre und in der Prostatagegend, einen resorbierenden Einfluß namentlich bei chronischer Urethritis und Prostatitis ausübt. Bei chronischer Urethritis posterior empfiehlt es sich, hier und da den Gummiüberzug wegzulassen und das Instrument ohne diesen einzuführen, um mit der Massage zu gleicher Zeit Spülung der hinteren Harnröhre (siehe Fig. 10 und 12) zu verbinden. Ich verwende hierzu meist einen Irrigatorzusatz von 3% Liq. alum. acet. oder Kal. permang. Hydrarg. oxycyanat. (1 : 5000—10000) oder aber Protargol und Albargin.

In vielen Fällen erweist sich die Hydrovibration mittels der „Vibrette“ als erfolgreich. Fig. 13 zeigt die durch Wasserleitungskraft betriebene Vibrette.

Digitized by Google

In der Nickelkappe I liegt eine dicke Gummimembran d. Die Nickelkappe wird über die Schraube a geschraubt, so daß die Gummimembran über die Spitze b gespannt wird. Dreht man nun den Wasserhahn o auf, so tritt das Wasser aus den feinen Öffnungen bei b aus und setzt die Membran in intensive Auf- und Abwärtsbewegungen, indem das bei b ausströmende Wasser die Membran zunächst in die Höhe treibt. Die hierdurch stärker gespannte Membran wird durch die ihr innewohnende Kraft und infolge der Saugwirkung des durch den Schlauch m abfließenden Wassers wieder in die Höhe getrieben und so fort. Alle diese Unterbrechungen spielen sich in Bruchteilen einer Sekunde ab. Das neue Prinzip bedeutet für den Wasserleitungsstrom also ungefähr dasselbe, was der Wagnersche Hammer für den elektrischen Strom bedeutet, nämlich eine fortwährend mit Arbeitsleistung verbundene Stromunterbrechung. Schraubt man die Nickelkappe c vom Griff k durch Linksdrehen ab und entfernt jetzt den Gummiring c, so läßt sich die Membran d leicht herausdrücken. Man kann nun eine neue Gummimembran hineinlegen,

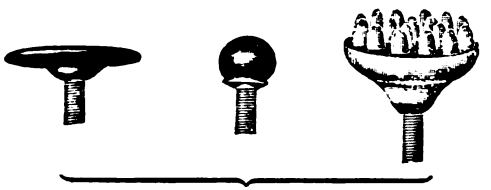


Fig. 14.

Fig. 15.

darüber den Gummiring e und die Nickelkappe auf den Griff wieder aufschrauben. Dann ist der Apparat wieder gebrauchsfähig. Will man die verschiedensten Aufsätze für Nerven-, Zahnfleisch-, Gesichts-, Ohr-, Kopfmassage usw. anwenden, so schraube man den Ring I ab und schraube statt dessen den Aufsatz II auf das Schraubengewinde a auf. Dieser Aufsatz besteht aus demselben Ring wie Nr. I, nur ruht auf der Membran d der Kolben g, der mittels einer Feder f in dem Zylinder h federt. Tritt also die Membran in Auf- und Abwärtsbewegung, so treibt sie den Kolben g in die Höhe, er wird durch die Feder wieder herabgedrückt, durch die Membran wieder hochgetrieben und so fort. Die Spitze des bleistiftdicken Kolbens trägt nun eine Schraubenmutter i, in welche die verschiedenen Aufsätze geschraubt werden, die dann ebenfalls auf- und abwärts bewegt werden.

Fig. 14 zeigen die Ansätze für die Massage des Rückens und der Dammgegend.

Fig. 15 ein Kühlring, der auf die Schraubenkappe (Fig. 131) aufgesteckt wird, so daß der von dem durchströmenden Wasser gekühlte

Digitized by Google

Ring die Dammgegend und die Gegend des Erektions-Zentralorgans berührt, während in der Mitte des Ringes eine abstufbare feinschlägige Vibration stattfindet.

Die „Vibrette" wird von der Vertriebsgesellschaft kosmetisch-chemischer Produkte, Berlin SO 33, Muskauerstr. 52 hergestellt, die anderen Instrumente von Louis & H. Löwenstein, Berlin N, Ziegelstr. 28.

Man befestigt das Anschlußstück (Fig. 13p) mittels der Klemmschraube (Fig. 13q) an einem Wasserleitungshahn, drehe diesen ganz langsam und vorsichtig auf, worauf die Vibration der Membran (Fig. 13d) sofort beginnt. Man setze die Vibrette senkrecht ohne Druck auf die Haut auf und mache damit entweder streichende Bewegungen oder setze die Vibrette senkrecht immer auf eine Stelle neben der anderen. Die starke Membran hält lange Zeit und ist ohne weiteres durch eine neue zu ersetzen.

Es ist erforderlich, die Klemmschraube fest anzuziehen, damit das Anschlußstück nicht beim nachherigen Öffnen des Leitungshahnes durch den Wasserdruck herabgeschleudert wird. — Die Konstruktion des Anschlußstückes aus starkem, sehr elastischem Kautschuk sowie die Beschaffenheit der Klemme gestatten ein Befestigen an Leitungshähnen von sehr verschiedener Größe und Form, nicht nur auf runden, sondern auch ovalen Hähnen.

Zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie setze ich die Vibrette entweder auf den Damm oder in die Skrotalgegend, hier und da auch auf das Rückenmark in der Gegend des Erektionszentralorgans. Bei der Applikation in der Skrotalgegend und in der Dammgegend übertragen sich die Erschütterungen ohne weiteres auf die Prostata, die hintere Harnröhre und den Colliculus seminalis. Gerade auf diese feinen Erschütterungen, die dem Patienten andererseits in suggestiver Hinsicht ein besonderes Gefühl des Vertrauens geben, ist die günstigste Beeinflussung bei der Neurasthenia sexualis und überhaupt bei der Neurasthenie zurückzuführen.

C. Organtherapie.

Zur Unterstützung der physikalischen Lokaltherapie verwende ich die Organtherapie.

Wie schon hervorgehoben, ist die Impotenz in sehr vielen Fällen ein Symptom der Neurasthenie, und speziell in diesen Fällen von Impotenz hat sich die Organtherapie bewährt. Diese Wirkung fußt auf den von Eulenburg, Senator, Fürbringer u. a. bestätigten allgemein tonisierenden und roborierenden Eigenschaften der Organextrakte.

Die Untersuchungen Brown-Séquards gipfeln in der Lehre von der

Digitized by Google

„inneren Sekretion". Physiologische und chemische Untersuchungen haben ergeben, daß der tonisierende Effekt, den Brown-Séquard und seine Schüler bei der Verwendung von Testikelauszügen erzielten, auf eine organische Base, das Spermin, zurückzuführen sei, das sich im Samen, im Blute, in den eosinophilen Leukozyten und in fast allen Drüsen vorfindet.

Die physiologische Erklärung der Organtherapie basiert auf folgender Überlegung. Die Fortschaffung der beim Stoffwechsel gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte geschieht durch die Ausscheidungsorgane und durch die Gewebsatmung und wird namentlich durch Oxydations- und Hydrationsvorgänge beschleunigt. Es ist bewiesen, daß die Ansammlung der Produkte der regressiven Metamorphose eine Reihe tiefeingreifender Störungen im Bereiche des Nervensystems verursacht. Die Erscheinungen der Neurasthenie können sehr wohl mit der Ablagerung von Eiweißzerfallprodukten (Ermüdungskörper) in den Geweben, Muskeln und Nerven in Zusammenhang gebracht und erklärt werden, und die genaue chemische und mikroskopische Harnanalyse, die wir auch im Verlaufe der Behandlung der Impotenz in regelmäßigen Abständen vornehmen müssen, dient uns als sicherer Indikator, wieweit unsere Maßnahmen auch objektiv betrachtet von Nutzen sind. Zugleich mit der Retention und der Stoffwechseltoxine nimmt nämlich die pathologische Säurung der Gewebssäfte im Organismus zu (Milchsäure), es tritt Azidosis ein, und wir erhalten im weiteren Verlaufe aus anfangs unklaren Umrissen das Bild der Autointoxikation. Jede neurasthenische Störung, also auch die auf einer Neurasthenia sexualis bestehende Impotenz, ist mit einer mehr oder minder deutlichen Autointoxikation verbunden. Die leichte Ermüdbarkeit jener Patienten ist die Folge erhöhter Zersetzungsprozesse, der Bildung intermeditärer Produkte aus Nervensubstanz (Dissimilationsprodukte der Lezithine und Nukleine). Auch das Bild des von Mendel beschriebenen Klimakterium virile bietet derart zahlreiche Übereinstimmungen mit den Kriterien der Impotentia neurasthenica, daß die Annahme, daß auch dort Störungen im Zirkulationssystem vorliegen, verursacht durch teils verminderte Oxydationsprozesse, teils durch Rückbildungen in den Drüsen mit innerer Sekretion, besonders der Keimdrüsen und der Prostata, durchaus berechtigt erscheint.

Die Organtherapie ist also durchaus am Platze, wo eine Besserung des allgemeinen Gesundheitsbildes und eine tonisierende Wirkung auf den Organismus angestrebt wird. Günstige Wirkung konnte ich gegen nervöse Agrypnie bei Impotentia neurasthenica verzeichnen. Wurde die Organtherapie im Laufe des Spätnachmittages angewandt (meist während der Sprechstunden), so war die beruhigende, schlafbringende Wirkung

Digitized by Google

manchmal geradezu frappant. Ein Patient, der im Gefolge der Neurasthenia sexualis an intensiver Schlaflosigkeit litt, gab mir, ohne daß ich auf eine diesbezügliche Wirkung aufmerksam gemacht hatte, spontan an, er habe einen derart gesunden, ruhigen Schlaf wie seit langer Zeit nicht mehr gehabt. Kurz vor dem Zubettgehen genommen, kommt die stimulierende, anregende Wirkung in Erscheinung, an Schlaflosigkeit leidende Patienten erhalten die letzte Tagesdosis daher zweckmäßig bereits nachmittags.

D. Verschiedene Methoden.

Sehe ich nach den bisher beschriebenen Methoden keinen zweifellosen Effekt, so verwende ich eine oder mehrere der später noch zu erwähnenden internen und externen Maßnahmen in Kombination. Man muß bei der Impotenz immer berücksichtigen, daß das psychische Moment eine sehr große Rolle spielt. Wenn bei irgend einer Erkrankung auf die Psyche des Patienten eingewirkt werden muß, dann gerade bei der Impotenz, und so muß der Arzt ein Arsenal von Methoden, sowohl physikalischer als chemischer Natur zur Verfügung haben, die, wenn ihr physiologischer Nutzen auch vielleicht hier und da nicht voll geklärt ist, doch in psychischer Beziehung tatsächlich von Nutzen sind.

Außer der Psychotherapie kommt dann noch eine Reihe von Maßnahmen in Gebrauch, die ich in folgendem nur kurz erwähnen will. Bei schlechter Ernährung, bei konstitutionellen Erkrankungen und bei Blutarmut verwende ich mit Vorliebe Fermentin-Eisen-Arsentabletten oder Arsen-Sanokalzin subkutan. Die Kombination von Hefe mit Eisen und Arsen vereinigt die günstige Wirkung der Hefe (Leukozytose des Blutes und Neutralisierung der Toxine) mit den anerkannten Wirkungen des Arsens und Eisens.

Zweckmäßig gibt man abwechselnd einen Tag 3—4—5 Fermentin-Eisen-Arsentabletten und den anderen Tag eine Sperminiinjektion.

Von der Massage des Penis, der Zabludowskischen Saugpumpenbehandlung habe ich keine nennenswerten Resultate gesehen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist die nach den Regeln der modernen Urologie ausgeführte Behandlung der erkrankten Samenblasen, der Prostata und einer eventuellen hinteren Harnröhrenentzündung. Diese Behandlung ist neben dem Verbot der Onanie und des Coitus interruptus in einer großen Anzahl der Fälle von Impotenz als die Hauptsache zu betrachten.

Was den Alkoholgenuß betrifft, so erlaube ich ihn in mäßigen Mengen, verbiete jedoch unter allen Umständen größere Quantitäten, da hierdurch auf die Dauer die Impotenz begünstigt wird. Die verschiedenen

Digitized by Google

Patienten verhalten sich der akuten Alkoholzufuhr gegenüber ganz verschieden. So erinnere ich mich zweier Patienten, von denen der eine bei größerem Alkoholgenuß absolut impotent wurde, während beim anderen eine enorme Steigerung der Potenz sich bemerkbar machte. In manchen Fällen, namentlich von psychischer Impotenz, empfehle ich den Patienten, sich abends einen kleinen Rausch anzutrinken (Sekt!), damit die psychischen Hemmungen ausgeschaltet werden. Häufig erlebt man hierbei aber auch aus den oben gesagten Gründen das Gegenteil, da sich eben die Dosierung nur von Fall zu Fall feststellen läßt.

Von einer speziellen Diät kann man im allgemeinen absehen, wenngleich vegetarische Nahrung und bestimmte Speisen (Sellerie, Kaviar, Eier, Austern, Spargel usw.) die Libido erhöhen sollen. Es kann sich dabei jedoch nur um ein Adjuvans der Behandlung handeln.

Von weiteren lokalen Maßnahmen kommen Galvanisation und Faradisation der Prostata und der hinteren Harnröhre in Betracht. Zur gleichzeitigen Vibration, Spülung, Faradisation und Galvanisation der hinteren Harnröhre habe ich das in Fig. 10 abgebildete Instrument mit einer Isolierschicht überziehen lassen, so daß nur der von den Löchern versehene Teil für die letztere Harnröhre den elektrischen Strom leitet.

Es ist bekannt, daß die Vibrationsmassage imstande ist Infiltrate zur Resorption zu bringen, wenn sie in entsprechender Dosierung angewandt wird. Will man eine solche Vibrationsmassage auf der zarten Harnröhrenschleimhaut anwenden, so muß sie genau regulierbar sein und die Vibrationsmassage muß sich sowohl auf kleineren Strecken als auf die ganze Länge der Harnröhre ausdehnen lassen. Es muß sozusagen eine in der Sekunde zahlreich erfolgende feinste Erschütterung der Zellen erfolgen. Würde es gelingen eine feinste Erschütterung der Zellen der Harnröhre zu erreichen, so würde erreicht werden, 1. daß das gonokokkenhaltige Sekret aus den Littréschen Drüsen herausgepreßt würde und 2. daß die bereits gebildeten Infiltrate infolge der feinschlägigen Vibrationsmassage herausgepreßt würden. Würde es weiterhin gelingen zu dieser Erschütterung der Schleimhautzellen noch die Wirkung der Wärme, antiseptische und adstringierende Bespülungen der Oberfläche der Schleimhaut zu erzielen und hiermit sowohl eine leichte Dehnung als auch die Anwendung des faradischen und galvanischen Stromes zu vereinigen, so wären in gleichzeitiger Anwendung tatsächlich beinahe sämtliche physikalischen und chemo-therapeutischen Faktoren erschöpft die wir zur Behandlung namentlich der chronischen Gonorrhöe verwenden.

Dieses Ziel ist nun tatsächlich erreicht durch die von mir erfundene Endomassage der Schleimhäute, die es gestattet, Fälle von chro-

Digitized by Google

nischer Gonorrhöe zur Hellung zu bringen, die bisher jeder therapeutischen Beeinflussung sich entzogen hatten.

Zur Prostatamassage bewährt sich die von mir eingeführte „Digitale Faradisation der Prostata".

Die verschiedenen Prostatamassageinstrumente haben alle den Nachteil, daß bei Anwendung derselben das Fühlen der Prostata durch den Finger ausgeschaltet ist.

Um Massage, Gefühl und Faradisation miteinander zu vereinigen, gebrauche ich seit längerer Zeit ein kleines Instrumentchen, das aus einem feinen, dünnen, löffelartig gestanzten Metallplättchen (a) besteht, welches einen dünnen Metallfaden (b) trägt (Fig. 16 und 16a).

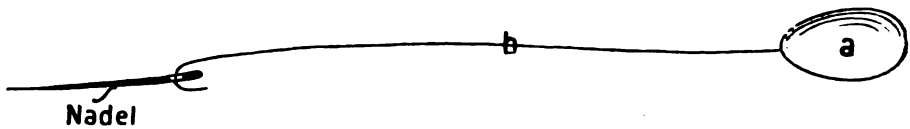


Fig. 16.

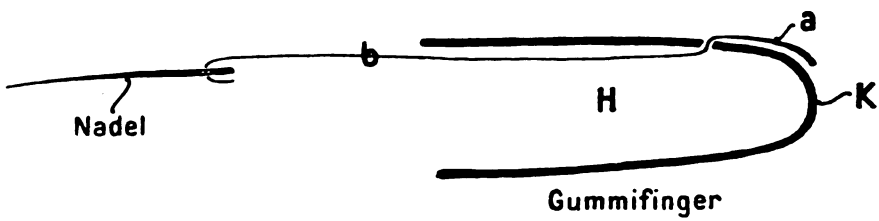


Fig. 16a.

Der Faden (b) wird um die eine Elektrode eines faradischen Apparates gewickelt, während a eventuell über einem Gummifinger oder direkt über die Fingerkuppe mittels einer Lösung von Paragummi befestigt wird. Die andere Elektrode wird auf den Bauch, die Hand oder den Oberschenkel gesetzt. Die Befestigung von a geschieht in der Weise, daß man einen Tropfen Paragummilösung oder Adhäsol auf das Löffelchen a gießt, 1—2 Minuten trocknen läßt und dann die Fingerkuppe fest aufdrückt.

Bei Anwendung eines Gummifingers kann man zweckmäßig den Faden (b) mittels einer Nähnadel durch die Kuppe (K) des Gummifingers in die Höhlung (H) durchstoßen (a mittels Paragummi befestigen!), so daß der Faden (b) isoliert wird. Nach dem Gebrauch empfiehlt es sich dann, den Faden aus dem feinen Stichkanal im Gummifinger herauszuziehen, so daß sich sowohl der Gummifinger als auch der metallene Teil getrennt sterilisieren lassen.

Digitized by Google

Bei Infiltraten und Strikturen kommt Dilatation in Frage.

Bei Pollutiones nimiae vermeide man am besten jede endourethrale Behandlung und beschränke sich auf Verbot des Onanierens, auf die Suggestivbehandlung und auf hydrotherapeutische Maßnahmen. Intern Fermentin-Eisen-Arsentabletten, Mixt. nervina und Extrakt Secal cornut. Hier und da Dionin oder Heroin. Von weiteren elektrischen Maßnahmen seien erwähnt: Absteigende Galvanisation des Rückens (Anode — Kreuz, Kathode — Damm) und Hochfrequenzströme längs der Wirbelsäule.

Hydrotherapeutisch: Kalte Bäder, namentlich Sitzbäder und besonders kalte oder warme Abreibungen (Ausprobieren!) des Kreuzes, 5 Minuten nach dem der Patient im Bett liegt. Ferner Fadendusche (entweder kalt oder warm) mit dem aus der Vibrette ausströmenden Wasser, entweder in der Penisgegend oder im Kreuz. Vibration der Kreuzgegend mit der Vibrette, Arzbergersche Birne und CO_2-Bäder kombinierte $O=CO_2$-Bäder.

Reiten und Radfahren erlaube ich, wenn durch eine hintere Harnröhrenentzündung oder eine Prostatitis keine Kontraindikationen vorhanden sind. Aussetzen der Berufstätigkeit und Reisen sind manchmal von großem Einfluß. Was den Rat betrifft, mit anderen Personen als der Gattin zu verkehren, so muß es dem Takt des Arztes überlassen bleiben, ob er diesen Rat erteilen darf oder nicht. Von Medikamenten verwende ich bei Schlaflosigkeit Veronal, und zwar hat sich folgende Methode in manchen Fällen bewährt: Der Patient bekommt 14 Tage lang jeden Abend eine Tablette und zu gleicher Zeit tagsüber Brom in mittleren Dosen. Hierdurch wird das Nervensystem eine Zeitlang ruhiggestellt. Dann erst beginne ich mit der beschriebenen lokalen und allgemeinen Therapie. In wenigen Fällen von psychischer Impotenz wurde die geschwundene Potenz lediglich durch die obige Ruhigstellung des Nervensystems wiederhergestellt. Als Veronalpräparat hat sich vorteilhaft bewährt die Darreichung als Gelonida acid. diaethylbarbituric, die nach den Untersuchungen von Möbchen (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52) in bedeutend schnellerer Zeit schlafmachend wirken als die bisher verwandten Tabletten. Bei Schlaflosigkeit im Gefolge allgemeiner Schwächezustände Dyskrasien, während der Rekonvaleszenz usw. Arsensanokalzininjektionen, die zweifellos sedative Wirkungen haben und das Allgemeinbefinden vorteilhaft beeinflussen.

Weitere Medikamente und Kräftigungsmittel: Lezithin, Arsen, Phosphor und Tinct. Cantharid.

Ich habe mich in vorstehenden bemüht, die von mir bevorzugte Methode der lokalen Behandlung der als Folge einer hinteren Harnröhrenentzündung und einer Kollikulitis entstandenen Impotenz, namentlich soweit sie im Symptomenkomplex einer sexuellen Neurasthenie auftritt, zu beschreiben und die übrige Therapie nur kursorisch zu erwähnen, soweit

Digitized by Google

sie Methoden betrifft, die bei meinen spezialistischen Erfahrungen im allgemeinen als erprobt gelten können. Natürlich gibt es außer der obigen Ätiologie noch eine ganze Reihe von aus anderen Ursachen entstandenen Impotenzfällen, die entsprechend der jeweils gestellten Diagnose behandelt werden sollen. Obschon die Impotenten schwer unter ihrem Zustande zu leiden haben, hat das Gebiet der Impotenz bei den Ärzten leider nicht die Würdigung gefunden, die es verdient, und es ist daher begreiflich, daß sich die Kurpfuscher sehr zum Schaden der Patienten gerade dieses Gebietes bemächtigt haben. Auf gleiche Stufe mit der Kurpfuscherbehandlung müssen die in gewissen Zeitungen trotz aller Polizeiverbote angepriesenen Mittel gegen Männerschwäche gestellt werden. Bei deren Gebrauch ist jede Individualisierung ausgeschaltet. Teils sind sie gänzlich unwirksam, teils dürfte ihre Abgabe nur auf ärztliche Verordnung gestattet sein, da sie drastische Stoffe enthalten.

Ein großer Teil der Impotenten ist bei zweckentsprechender individualisierender Behandlung zweifellos heilbar, namentlich aber die häufigste Form der Impotenz, die auf dem Boden einer hinteren Harnröhrenentzündung, einer Kollikulitis und im Gefolge einer sexuellen Neurasthenie entsteht. Für den Patienten aber bedeutet die Heilung in der Regel die Befreiung von einem schweren auf ihm lastenden Druck, der manchen schon zur Melancholie und zum Selbstmord getrieben hat.

Louis Wickham †.

Die Radiumforschung hat soeben einen ihrer hervorragendsten Meister verloren, Louis Wickham, der unter den ersten Dermatologen und Syphilidologen einen bedeutenden Platz einnahm. Schon vom ersten Anfang seiner medizinischen Laufbahn an hatte er sich als „externe", „interne" und als „Chef de clinique" diesem Spezialfach gewidmet, und in der Schule von Vidal, Besnier, Fournier hatte er das Wissen geschöpft, welches über seine Zukunft entscheiden sollte.

Seine Inauguraldissertation über die Pagetsche Krankheit begründete seinen Ruf nicht nur in Frankreich, sondern auch im Ausland, wo er sich auch viele Sympathien erworben hatte durch die liebenswürdige und sichere Art der klinischen Unterweisung, die er den Besuchern der Schule von Saint-Louis gern zuteil werden ließ.

Nach seiner Ernennung zum leitenden Arzt am Krankenhaus Saint-Lazare wurde er vom Ministerium des Inneren mit der Mission betraut, in England und Schottland die dortige Organisation des dermatologischen Dienstes persönlich zu studieren.

Als darauf im Jahre 1905 die Aufforderung an ihn ergangen war, die Wirkungen des Radiums auf dermatologischem Gebiete zu prüfen, gelangte er nach einer einjährigen gewissenhaften und planmäßigen Arbeit zu einem klaren Verständnis von den therapeutischen Möglichkeiten, welche durch dieses wertvolle Mittel gegeben sind, und er entschloß sich daraufhin, die Errichtung des Laboratoire Biologique du Radium

Digitized by Google

in Paris von den Behörden zu verlangen. Von diesem Zeitpunkt an zog er auch mich zu seinen Untersuchungen heran, welche zu den bekannten interessanten Resultaten bei der Behandlung der Angiome, der Keloide, der Hautkarzinome und anderer Dermatosen führten. Außerdem widmete er sich mit besonderem Eifer dem Studium der Radiumwirkung bei der viszeralen Karzinose. Für diese Erkrankungsformen bedeuteten seine Methoden der Abblendung und des Kreuzfeuers bei der Verbindung von chirurgischen Eingriffen mit Radiumbehandlung einen ganz wesentlichen Fortschritt. Seine Arbeiten, welche zweimal von der Académie de Médecine (mit dem Barbier-Preis und mit dem Benjamin Godard-Preis) gekrönt wurden, hat er in einem Werke zusammengefaßt, welches noch heute die bedeutendste Abhandlung über Radiumtherapie darstellt. Sofort bei seinem Erscheinen wurde dasselbe ins Englische und ins Deutsche übersetzt.

In seinem Laboratoire Biologique du Radium ließ er den Eigenschaften, welche ihm schon früher so viele Sympathien erworben hatten, ungehemmt freien Lauf; mit großer Freigebigkeit teilte er an jeden die Früchte seiner Arbeit aus; deshalb kamen auch so viele Fremde hierher, um sich Belehrungen zu holen, welche es anderswo noch nirgends gab.

Von dieser neuen Methode kaptiviert, deren ermutigende Resultate sie durch eigene Beobachtungen im Verlaufe ihres mehrwöchigen Aufenthaltes im Betriebe des Laboratoriums hatten einwandsfrei konstatieren können, haben die einen von ihnen in ihrer Heimat nachher ihre eigenen Privatanstalten zum weiteren Ausbau des Verfahrens gegründet, während die anderen Kollegen Laboratorien auf den gleichen Grundlagen wie das unsrige errichteten, wie z. B. das Radium Institute in London.

Seine Liberalität beschränkte sich indessen nicht auf seine Kollegen allein, sondern sein Laboratorium stand in ausgedehntem Maße allen Bedürftigen offen, denen er gleichermaßen seine erleuchtete Hilfe angedeihen ließ.

Dabei war sein Eifer zur Arbeit so groß, daß er immer die wiederholten Mahnungen eines Leidens, das ihm seit Beginn seiner Laufbahn zu schaffen machte, überhörte. Selbst als seine wankende Gesundheit trotz der aufopfernden Sorgfalt seiner ausgezeichneten Gattin ihm die weitere Beteiligung am ärztlichen aktiven Leben unmöglich machte, war sein Gehirn darum nicht weniger produktiv an Ideen, welche im allgemeinen geeignet waren, ununterbrochen das Wirkungsfeld der Radiumtherapie zu erweitern.

Ritter vom Victorian Order wegen der besonderen Dienste, welche er dem Auslande geleistet hatte, erhielt Louis Wickham gegen das Ende seiner schönen Laufbahn, die voller Arbeit und reich an Hochachtung seitens seiner Standesgenossen gewesen ist, auch das Kreuz der Ehrenlegion.

In ihm beklage ich aber, der ich zu aller Zeit sein Mitarbeiter gewesen bin und seine Güte, seine Hingabe und die Kraft seines Wohlwollens kennen gelernt habe, nicht nur einen Meister, sondern auch, wie alle seine Angehörigen, einen großen Mann und einen treuen Freund.

Degrais-Paris.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Salzschlirf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1913, Bd. 20, Heft 10.

Über eine Rollhaarzyste des Menschen nebst Bemerkungen zum Schrotausschlag des Schweines, von Erich Hoffmann und Bruno Hochstetter. Die hier

Digitized by Google

beschriebene Rollhaarzyste ist eine Retentionszyste eines Haarbalges von flacher bikonkaver Scheibenform, deren Inhalt eine etwa 44 cm lange, aus mehreren starken Haaren bestehende Haarspirale ist. Außerdem befinden sich darin Hornlamellen. An der unteren Wand der Zyste mündet ein starkes Haar mit Wurzel und großer Talgdrüse. Ansätze zur Bildung derartiger sehr selten vorkommender Rollhaarzysten finden sich bei Männern mit starkem Bartwuchs in Form der eingewachsenen Haare. Die Rollhaarzyste ähnelt den beim Schrotausschlag des Schweines beobachteten Zysten, welche neben Talg auch aufgerollte starke Haare und hornige Massen enthalten.

Zur Frage der postfötalen Talgdrüsenneubildungen, von J. Kyrle-Wien. Gelegentlich eines Rhinophymapräparates fand der Verfasser im Verlaufe von irregulär ins Bindegewebe ausstrahlenden Epithelfortsätzen zahlreiche, verschiedenartig aussehende Zellformationen, die zweifellos als neu entstandene Talgdrüsenbildungen angesprochen werden müssen. Außerdem machte er die Beobachtung, daß im Bereiche eines größeren Epidermisabschnittes die gesamten Zellen des interpapillären Zapfens ihren morphologischen Charakter verloren haben und jetzt das Aussehen von Talgdrüsenzellen darbieten.

Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, von A. Rumpf-Bonn. Die Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens hat in ihrem Ende manches gemeinsam mit der Acne decalvans, der Pseudopelade und der Dermatitis follicularis conglobata. Sie unterscheidet sich von ihnen aber durch ihre kugeligen Abszesse, die den ganzen Hinterkopf einnehmen und die Haut derselben unterwühlen. Sie ist bedeutend weniger chronisch als die oben erwähnten Erkrankungen und reagiert gut auf Schwefel und Röntgenbehandlung. Sie ist eine besondere Form der zu narbiger Alopezie führenden Erkrankungen des Kopfes. Chrzelitzer-Posen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Oktober 1913.

1. Anatomisch-klinische und experimentelle Untersuchungen über die Reaktion des Bindegewebes in der Nachbarschaft von kutanen und subkutanen Kalkablagerungen, von R. J. Weissenbach. Unter den Kalkeinlagerungen in die Haut kann man verschiedene Typen unterscheiden: 1. echte Osteome der Haut, 2. verkalkte Tumoren der Haut, speziell Epitheliome, 3. verkalkte Fettläppchen, 4. Phlebolithen, 5. Konkretionen bei Sklerodermie und 6. subkutane verkalkte Granulome. Alle diese Formen erregen eine Reaktion des umliegenden Bindegewebes, und diese hat Verfasser zum Gegenstande seiner Untersuchung gemacht. Zunächst hat er die Konkretionen bei Sklerodermie, ein verkalktes Epitheliom, einen Phlebolithen und eine verkalkte Epidermiszyste histologisch untersucht. Dann hat er Meerschweinchen eine Suspension von phosphor- und kohlensaurem Kalzium zu gleichen Teilen subkutan iniziert, die Tiere nach verschiedener Zeit getötet und die Läsionen um die inizierten Teile studiert. Aus seinen Untersuchungen geht nun vor allem hervor, daß bei den verschiedenen Formen der Kalkablagerung die Reaktion des Bindegewebes analog oder gar identisch ist, daß diese aber nach dem Alter der Konkretion und anderen Umständen variieren kann. Demgemäß finden sich die verschiedensten Zwischen- und Übergangsformen; dennoch läßt sich der ganze Reaktionsprozeß in ein gewisses Schema bringen. Zuerst verharrt das Bindegewebe völlig reaktionslos; diese Latenzzeit kann (z. B. bei Sklerodermie) noch andauern, wenn die Verkalkung schon mit freiem Auge sichtbar ist. In einem zweiten Stadium erscheinen Riesenzellen; in verschiedenen Fällen von variabler Menge fehlen sie aber nie völlig. Sie liegen fast stets direkt an den Konkretionen, sind länglich oder oval, ihr Protoplasma ist granuliert, azidophil, enthält oft Vakuolen;

Digitized by Google

die Kerne liegen meist an der Peripherie. Neben den Riesenzellen treten Epitheloid-, Rund- und Plasmazellen auf; die fixen Bindegewebszellen proliferieren, die Fibrillenbildung ist verschieden. Das elastische Gewebe fehlt stets, die Kapillaren proliferieren und sind dilatiert. Alle diese Elemente können der sekundären Verkalkung verfallen. Das Ensemble dieser Vorgänge gibt dem ganzen Prozesse ein tuberkelartiges Aussehen. Im dritten Stadium, das nach verschieden langer Zeit eintritt, werden die Konkretionen von einem dicken, oft hyalin veränderten Bindegewebe eingescheidet. Wenn durch Ulzeration der Haut das Bett mit der Außenwelt kommuniziert, dann tritt noch eine Infiltration mit Polynukleären hinzu. Aus diesen Befunden ergibt sich, daß die Kalksalze an und für sich imstande sind, eine Reaktion des Bindegewebes hervorzurufen. Der vorherige Rückstand des Bindegewebes spielt insofern eine Rolle, als alteriertes Bindegewebe (z. B. bei Sklerodermie) erst später reagiert. Ebenso ist der Sitz der Konkretion von Bedeutung; z. B. wenn sie vom Bindegewebe separiert ist, wird sie dieses nur wenig beeinflussen. Sicherlich spielen noch andere Momente, wie die Größe des Knotens, die Schnelligkeit des Niederschlages u. a. m., eine gewisse Rolle.

Im weiteren bespricht Verfasser resümierend die Arbeiten über die Fremdkörpertuberkel, im Zusammenhalte mit seinen Befunden geht daraus hervor, daß die Reaktionen des Bindegewebes durch Kalkeinlagerungen nicht bloß durch den mechanischen Reiz des Fremdkörpers hervorgerufen werden, sondern daß auch eine chemische Aktion dabei im Spiele sei. Eine Infektion ist nicht erforderlich zur Erzeugung des Pseudotuberkels.

Charakteristische histologische Differenzen haben sich für die verschiedenen Arten der Kalkablagerungen nicht finden lassen; deshalb ist der diagnostische Wert der Histologie auch nicht groß. Sie kann nur im Vereine mit anderen (klinischen, bakteriologischen) Untersuchungen wertvolle Aufschlüsse geben.

2. Über die Behandlung der Aktinomykose, von E. Pinoy. Ein 15jähriges Mädchen merkte seit einem Monate eine ödematöse Anschwellung am linken Unterkiefer. Diese vergrößerte sich und bildete schließlich Fisteln. Man fand einen derben, roten, mamellonierten Herd, der aus Fisteln eine Flüssigkeit mit gelben Körnen entleerte; die Wangenschleimhaut war ebenfalls derb und mamelloniert. In der Umgebung und am Augenlide bestand starkes Ödem. Mikroskopisch und bakteriologisch wurde Aktinomykose nachgewiesen. Trotz starker Jodgaben besserte sich die Affektion nicht, es traten im Gegenteil neue fistulöse Herde auf. Nun wurde die Kranke auf kochsalzfreie Diät gesetzt, und im Bereiche des Ödems wurden Inzisionen angelegt. Nunmehr erfolgte prompter Rückgang der Erscheinungen unter weiterer Jodmedikation. Verfasser glaubt, daß die Unwirksamkeit des Jodes auf die verlangsamte Zirkulation durch das Ödem zurückzuführen sei; bevor es wirken kann, wird es ausgeschieden. Deshalb soll durch Kochsalzentziehung und Inzisionen gleichzeitig das Ödem bekämpft werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Juli und August 1913, Bd. 26.

1. Sklerodermie, von Italinski. Die Beobachtung und Beschreibung eines Falles von Sclerodermia progressiva symmetrica, welche bei der 57jährigen Frau mit einer Atrophia cutis progressiva kombiniert war, gibt Verfasser Veranlassung, sich über die Kombination dieser beiden Hautveränderungen auszusprechen. Er hält sie beide für Prozesse von unzweifelhaft degenerativem Charakter, wobei die Syphilis bei dem Alkoholmißbrauch der Eltern von Einfluß gewesen sein dürften. Da aber in dem beschriebenen Falle die Sklerodermie und die Atrophie an verschiedenen Stellen auftraten und der Atrophie keine Sklerodermie voranging, hält er beide Krankheiten für selbständige.

Digitized by Google

2. Ekzema e professione und seine Behandlung, von Boruchowitsch. Das in einigen Lehrbüchern beschriebene, in anderen gar nicht erwähnte Bild des professionellen Ekzemes hält Verfasser noch nicht für genügend geklärt. Er selbst versteht darunter ein Ekzem, welches sich im Laufe weniger Wochen entwickelt und im großen ganzen seinen Charakter dauernd bewahrt. Der Prozeß beginnt in kleinen Herden, welche sich allmählich ausdehnen und wobei es sekundär zur Bildung von Pusteln und Infiltration kommen kann, aber im großen ganzen ähnelt das Bild des professionellen Ekzems mehr einer Psoriasis und entbehrt jedenfalls der tylotischen Keratinisation der Haut, indem eine gewisse Weichheit der Haut bestehen bleibt. Am häufigsten beobachtete Verfasser dieses Ekzem bei Leuten, die ihre Hände nicht besonders schädlichen Einflüssen anssetzten, und zwar speziell bei Leuten, die sich mit Schreibereien, aber in mäßigem Grade beschäftigten. Am häufigsten beginnt diese von B. als professionelles Ekzem angesprochene Form zwischen den Fingern und breitet sie dann weiter auf die Handrücken aus. Zur Behandlung desselben empfiehlt Verfasser folgende Salbe: Rp. Naphtol β, Ac. carbol. āā 0,25, Ol. lini, Mitini, Cretae albae āā 7,5. M. f. ung.

3. Zur Frage der Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in den Städten, von Rasumowsky. Verfasser macht folgende Vorschläge: 1. Genaue Registrierung der Syphilitiker und der venerischen Kranken mittels anonymer Verzeichnung. 2. Bekanntmachung der Bevölkerung, speziell der lernenden Jugend mit diesen Krankheiten. 3. Aufhebung der Reglementierung und statt dessen Einführung allgemein zugänglicher ambulatorischer und stationärer Behandlung derartiger Kranker.

4. Zur Behandlung des weichen Schankers, von Meschtschersky. Nach Besprechung aller üblichen Behandlungsmethoden des weichen Schankers gibt Verfasser seine eigene Art der Behandlung an, die in folgendem besteht: 2—3mal täglich lokale Bäder oder Berieselungen von 2—4 %iger, frisch bereiteter, heißer Lösung von Hydrogenium peroxydatum. Hierauf tupft man noch einige Tropfen von reinem Wasserstoffsuperoxyd auf das Geschwür auf, trocknet das Ulkus mit Watte ab und bestreut es tags mit Natr. sozojodolicum, während man per Nacht eine warme Kompresse von Wasserstoffsuperoxyd oder 2 %iger Resorzinlösung oder $^1/_4$ %iger Lapislösung verwenden soll.

5. Zur Frage der Nebenwirkung des Urotropins bei Retentio urinae, von Bogrow. In zwei Fällen von Retentio urinae wurde das eine Mal bei Steigerung der Urotropindosis pro die auf 3,0, das andere Mal schon bei 2,0 schmerzhafter, häufiger Harndrang beobachtet, welcher sich aber bei Verminderung der Dosis, resp. Aussetzen des Mittels sofort gab. Arthur Jordan-Moskau.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

1913, Bd. 2, Nr. 10.

1. Drei Fälle von Parapsoriasis (Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées Brocq), von Dagajew. Die drei beschriebenen Fälle betrafen je eine Frau von 26 und von 30 Jahren und einen Mann von 50 Jahren. Bei allen drei boten die histologischen Untersuchungen die Zeichen einer chronischen Entzündung und Parakeratose dar. Hinsichtlich der Ätiologie läßt sich nur sagen, daß sich bei keinem der Kranken Erscheinungen von Tuberkulose fanden, wenn auch die Pirquetsche Reaktion in einem Falle positiv ausfiel. In dem einen der beiden Fälle wurde eine eigentümliche, teilweise bronzeartige Verfärbung der Haut und der Schleimhaut beobachtet, in dem dritten Falle eine Atrophie der Ovarien und Retroflexio uteri konstatiert.

2. Zur Lehre des Granuloma annulare (Radcliffe Crocker), von Mühlmann. Beschreibung eines Falles von Granuloma annulare, welches das erste in Rußland be-

Digitized by Google

obachtete ist. Das Granuloma saß bei dem 14jährigen Mädchen auf dem rechten Daumen in Gestalt eines ringförmigen Ausschlags, der aus einzelnen, weißgrauen, deutlich von einander getrennten Knötchen bestand. In der Umgebung des Ringes zeigte sich ein feiner, rosafarbener Rand. Histologisch fanden sich die stärksten Veränderungen in den tiefen Schichten des Koriums, in Form einer Neubildung, die aus zelligen Elementen und aus Bindegewebe bestand. Die einzelnen Zellen waren meist spindelförmig, teils rund und von epithelioidem Charakter, teils sehr klein und rund mit sehr wenig Protoplasma. Im Zentrum wurde eine Nekrose beobachtet, die vorwiegend die fibrillären Elemente betraf.

3. Die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion bei Findelkindern, von Rabinowitsch. Die Schlußfolgerungen dieser Arbeit lauten:

1. Es gibt keine germinative Syphilis, sondern nur eine kongenitale.

2. Die kongenitale Infektion geschieht nur durch die Plazenta, aber ebensowohl von der Mutter als vom Vater (mit Übergang durch die Mutter).

3. Alle Mütter von syphilitischen Kindern wie auch alle Kinder syphilitischer Mütter sind syphilitisch.

4. Die Syphilis der Mütter wie der Kinder kann durch die Wassermannsche Reaktion nachgewiesen werden, wenn sie zur richtigen Zeit und in richtiger Weise vorgenommen wird. Das Resultat der Untersuchung hängt weder von der Anwesenheit klinischer Symptome noch von der Intensität derselben ab.

5. Bei den Brustkindern fällt die Reaktion um so häufiger positiv aus, je älter die Kinder sind.

6. Dieses hängt von der Besonderheit der kindlichen Sera ab, indem nämlich einerseits bei den Kindern in den ersten Lebenswochen das Komplement und der Ambozeptor fehlen, andererseits die Menge der die Komplementbindung hemmenden Substanzen sehr groß ist.

7. Die Versuche bei den Brustkindern müssen sowohl mit inaktiviertem wie auch aktiviertem Serum angestellt wurden, da häufig mit dem aktivierten Serum zu einer Zeit, wo das inaktivierte Serum noch ein negatives Resultat ergibt, ein positives erzielt wird.

8. Die Wassermannsche Reaktion muß bei allen im Findelhause eingelieferten Kindern wie bei den Ammen ausgeführt werden, und zwar bei negativem Ausfall bei den Kindern wenigstens dreimal hintereinander.

9. Die Ammen dürfen keine Findelkinder vor ausgeführter Wassermannscher Reaktion stillen; Kinder mit negativem Wassermann müssen wenigstens 4—6 Monate unter genauer ärztlicher Beobachtung bleiben.

10. Kinder mit positivem Wassermann dürfen nur von Ammen, welche auch einen positiven Wassermann haben, gestillt werden.

4. Über die Schutzwirkung des Präparates Zeozon auf die Haut, von Markow. M. rühmt das Zeozon bei Neigung der Haut, sich unter den Sonnenstrahlen des Südens zu röten.

5. Ein Fall von Cranium natiforme infolge von Rachitis, von Schiperskaja. Parrot nahm an, daß das Cranium natiforme auf hereditäre Lues zurückzuführen sei. Obgleich schon Prof. Schov diese Ansicht bekämpft hat, beharren dauernd viele auf der Parrotschen Ansicht. Der Fall von Fr. Dr. Schiperskaja zeigte gleichfalls, daß die Rachitis als Ursache des Cranium natiforme anzusprechen ist.

Arthur Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Zeitschrift für Urologie.

1913, Bd. 7, Heft 10.

Die Urologie als Wissenschaft und Lehrfach, von L. Casper-Berlin. Von der Urologie muß der allgemeine Praktiker so viel wissen und können, daß er imstande ist, im Notfalle seinen Pflegebefohlenen Hilfe zu bringen. Es muß Ärzte geben, die das Fach voll und ganz beherrschen, die in allen, auch den feinsten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sattelfest sind, so daß sie auch schwierigen Fällen gerecht zu werden vermögen. Es muß Einrichtungen geben, die den Ausbau und die Weiterentwicklung des Faches gewährleisten.

Welchen Wert haben die Balsamika, insbesondere die neueren, für die Behandlung der Blennorrhoe? von Max Roth und Theodor Mayer-Berlin. Die Balsamika sind bei der Blennorrhoea anterior wirkungslos. Die Nebenwirkungen sind nach Santyl, Kamphosan und Allosan geringer als bei den andern Balsamizis. Die Balsamika können das Auftreten von Komplikationen nicht verhindern. Erektionen und Pollutionen werden nicht beeinflußt. Die Balsamika wirken lindernd auf den Harndrang. Die objektive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, gemessen an dem Klarwerden des Urins, geschieht am stärksten durch Ol. Santali Santyl, Kamphosan, Gonosan. Demnach ist das Ol. Santali in jeder Beziehung das wirkungsvollste Balsamikum. Dauernde Heilwirkung hat kein Balsamikum.

Die Bildung der Harnsedimente und Harnsteine, von L. Lichtwitz-Göttingen. Die Beziehung des Steinbildners zum Kolloid beginnt vermutlich bereits bei der Sekretion in der Nierenzelle. Er gibt eine ganze Reihe von Beobachtungen und Erfahrungen, die dafür sprechen, daß bei der Sekretion in der Niere eine kolloidale Reaktion in den Zellen vor sich geht, durch die die Konzentrationsverschiebung von Blut nach dem Harn herbeigeführt wird. Daß von diesem bei der Sekretion reagierenden kolloidalen Zellinhalt Teilchen in den Harn gelangen, geht aus den Untersuchungen vieler Experimentatoren mit Sicherheit hervor. Außer dem Sediment als Steinkern können sich um Fibringerinnsel, Blut, Koagula, Bakterienhaufen, Schleimhautfetzen, Distomumeier und um Fremdkörper aus dem verschiedensten Material Steine bilden. Um jeden Kristall und in jedem Kristall ist Kolloid enthalten. Da die Entstehung der konzentrischen Schichtung die Folge einer Oberflächenreaktion der Kolloide ist, so hat die Kolloidgerinnung die Versteinerung zur Folge.

Die Bildung der Harnsteine, von C. Posner-Berlin. (Eine Tafel.) Zur Bildung von Steinen sind notwendig die Anwesenheit kristalloider Substanzen und kolloider Stoffe. Recht entscheidend für die Bedeutung, die man den Kolloiden für die Frage der Lithogenese zuschreiben darf, ist nun der Umstand, ob man in ihnen normale oder pathologische Bestandteile des Harns zu erblicken hat. Der Verfasser weist auf die Nubekala hin, deren Bedeutung noch nicht klar ist, jedenfalls für die Lithogenese nicht vernachlässigt werden darf. Außer der Überproduktion bestimmter Stoffe spielen auch örtliche Verhältnisse eine entscheidende Rolle.

1913, Bd. 7, Heft 11.

Nierenblutungen bei Hämophilen, von Otto Mansiewicz-Berlin. Der Verfasser berichtet über mehrere Nierenblutungen bei Blutern. Als Therapie empfiehlt der Verfasser Trockendiät und Gelatinedarreichung.

Ein Fall von irrtümlicher Deutung eines Nierenröntgenogramms, von A. W. Wischnewsky-Kasan. Bei einer Patientin mit Blutungen aus der Harnblase und Schmerzen in der rechten Lumbalgegend wurde ein Röntgenogramm aufgenommen, und

Digitized by Google

auf Grund desselben wurden Nierensteine diagnostiziert. In Wirklichkeit handelte es sich um eine tuberkulöse Zystitis mit beiderseitiger Nierenaffektion, die erst nach fünf Jahren festgestellt wurde.

Über Arthigon bei Urethritis anterior, von Orlowski-Berlin. Orlowski spritzt bei den subakuten, typisch rezidivierenden Trippern dreimal 2—2½ g Arthigon intramuskulär ein und hat gute Erfolge erzielt. Schwächere Dosen sind ohne Wirkung.

Spina bifida, Retentio urinae, Hydro-uretero-pyelo-nephrosis bilateralis, Diverticulae vesicae urinariae, von M. A. Mucharinsky-Petersburg. Eine sehr interessante Mitteilung obigen Falles. Chrzelitzer-Posen.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

15. Oktober 1913, Bd. 4, Nr. 4.

1. Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomie, von G. Marion. Die richtige Nachbehandlung ist bei Prostatektomierten noch wichtiger als die Technik der Operation. Sie besteht aus lokalen und allgemeinen Maßnahmen und hat ferner die Komplikationen zu verhüten. Die lokalen Methoden haben zuerst die Blutstillung zu verrichten; dies geschieht durch Tampons, deren Seidenfäden durch einen Tubus nach außen geleitet werden; nach drei Tagen werden sie entfernt und darauf entsprechend der Verkleinerung der Blasenwunde stets kleinere Dräns eingelegt. Am zwölften Tage etwa werden diese weggelassen und eine Dauersonde eingeführt. Wenn die Blasenwunde geschlossen ist, was etwa drei Wochen nach der Operation der Fall ist, dann wird die Sonde erst zeitweise, dann dauernd entfernt; etwa eintretende Blasenbeschwerden sind durch Argentanspülungen, Urotropin usw. zu bekämpfen. Neben diesen lokalen Maßnahmen muß während der ganzen Zeit die Funktion sämtlicher Organe sorgfältigst überwacht werden; die Harnbeschwerden erfordern entsprechende Therapie. Die Komplikationen, die den Heilungsverlauf stören können und denen man zuvorkommen muß, sind: sekundäre Hämorrhagien, Infektion der Bauchwunde, schlechtes Funktionieren der Dauersonde, Aufgehen der Blasennarbe, Verzögerung der Heilung der hypogastrischen Wunde, Inkontinenz nach Eintritt der Heilung, Striktur, Fieber, Nephritis, Pyelonephritis, Harninfektion, Phlebitis, Pneumonie und Orchitis. Rechtzeitige entsprechende Maßnahmen werden die Mortalität nach Prostatektomien bedeutend herabsetzen.

2. Pfählungsverletzungen der Blase, von Maurice Gérard. Nach einer Besprechung der Definitionen der „Pfählung" gibt Verfasser selbst folgende Definition: Pfählungsverletzungen sind Läsionen, die durch einen pfahlartigen Gegenstand hervorgebracht werden, der durch die untere Beckenöffnung in das Becken und das Abdomen eindringt; dabei kann der Körper auf einen fixen Pfahl stürzen, oder dieser dringt in den fixen Körper ein. Ist der Sturz nicht tief und der Pfahl stumpf, dann dringt dieser durch die natürlichen Öffnungen ein und verletzt beim Manne vor allem Rektum und Blase, bei der Frau Vagina und Blase; erfolgt der Sturz aber aus großer Höhe, so dringt der Pfahl dort ein, wo er auftrifft, und verursacht große Zerstörungen. Ebendort dringt ein spitzer Pfahl ein, gleichgültig ob der Sturz aus großer oder geringer Höhe erfolgt. Verfasser bespricht im weiteren die pathologische Anatomie der Verletzungen beim Manne und Weibe, sowie ihre Komplikationen. Klinisch muß man extra- und intraperitoneale Pfählungen unterscheiden. Das erste Symptom ist der Schmerz, der je nach verschiedenen Umständen, ob der Fremdkörper entfernt ist oder nicht usw., von verschiedener Intensität ist; er kann zu Kollaps führen und von schweren peritonealen Erscheinungen begleitet sein. Neben diesen, allen Bauchverletzungen gemeinsamen Symptomen kommen speziell in Betracht: abundante Blutung, Austritt von

Digitized by Google

Urin und Kot durch die Wunde, Austritt von Winden und Kot durch die Urethra, ferner Retention und Anurie. Der Aufsatz wird fortgesetzt.

3. Nephrostomie zur dauernden oder vorübergehenden Harnableitung, von Jean Pakowski. In Fortsetzung seiner Arbeit bringt der Verfasser Krankengeschichten von Patienten, bei denen er die Nephrostomie mit Erfolg wegen verschiedener Affektionen angelegt hatte. Er resümiert seine Arbeit in folgenden Schlußsätzen: Die Nephrostomie ist von allen hohen Derivationsmethoden hinsichtlich der Erhaltung der Integrität der Nieren die sicherste; sie hat eine Mortalität von nur 4,5%, wobei aber zu bemerken ist, daß der Tod meist nicht direkt durch die Nephrostomie bedingt ist. Die anderen Ableitungsmethoden, wie Einpflanzung der Ureteren in die Haut, Vagina, Urethra oder in den Darm, haben eine größere Mortalität und setzen die Patienten der steten Gefahr einer Pyelonephritis aus. Nur die Ureterostomie kommt jener an Benignität gleich, doch dräniert sie nicht so gut und macht die Wiederherstellung des Harnweges in eine neugebildete Blase unmöglich. Die Nephrostomie hat dagegen folgende Vorteile: Man kann Nierenläsionen direkt angehen und kann die Harnwege wiederherstellen; ferner dräniert sie ausgezeichnet und ist allein imstande, eine aszendierende Infektion zu verhüten. Theoretisch stünde höchstens die Pyelostomie höher, da sie die Schädigung des Nierenparenchyms vermeidet. Die Indikationen für die Nephrostomie sind verschiedener Natur: 1. erworbene Blasenleiden: maligne Tumoren, schwere tuberkulöse Zystitiden, rebellische Zystitiden; 2. kongenitale Blasenaffektionen: Exstrophie und Sphinktermangel; 3. Affektionen der Beckenorgane, die auf die Blase übergreifen oder die Ureteren komprimieren: Uterus- oder Prostatakarzinom; 4. Verletzungen der Blase oder der Ureteren, Fisteln; 5. manche Fälle von Nierensteinen.

4. Spezifische Behandlung der Nierentuberkulose, von Ch. Gauthier-Lyon. Eine 20jährige Patientin kam wegen rechtsseitiger Nierenschmerzen und leichter Pyurie in Behandlung; es fand sich eine nur geringfügige Tuberkulose der rechten Niere, und es wurde eine hygienisch-diätetische Therapie eingeleitet, doch ohne Erfolg. Hierauf wurden Injektionen mit Bakteriolysine (Maragliano) gemacht und es trat eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und der lokalen Erkrankung ein, so daß dieser Erfolg auf das Konto der Serotherapie gesetzt wurde. Nach etwa 1½jähriger Behandlung wurde der Urin wieder stark trüb; es mußte schließlich die Nephrektomie vorgenommen werden; worauf sich die Kranke rasch erholte. Verfasser warnt vor allen großen Erwartungen von der Serotherapie der Nierentuberkulose; nur jahrelange Beobachtung kann die Entscheidung bringen.

5. Die Urethrozelen beim Manne, von J. Paris und A. Fournier. Ausführliche zusammenfassende Besprechung. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

6. Technik der Harnröhrenspülungen ohne Sonde, von Jules Janet. Verfasser bespricht die Vornahme seiner bekannten Spülungen. Besonders sei hervorgehoben, daß bei Spülungen der ganzen Harnröhre die Flüssigkeit 38—39° haben muß. Gelingt die Überwindung des Sphinkters nicht, so soll der Druck erniedrigt, nicht erhöht werden; eventuell kann man die Urethra vorher durch 1%ige Novokainlösung anästhesieren. Versagt auch dies Mittel, soll man die Spülung nicht forcieren, sondern verschieben; das zweite Mal versucht man sie bei gefüllter Blase, da dann die willkürliche Erschlaffung des Sphinkters leichter gelingt. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

September 1913.

1. Latente Blasensteine, von Debeaux-Toulouse. Die klassischen Symptome der Blasensteine sind: 1. Häufigkeit der Miktion; diese ist bedingt durch die Reizung des

Digitized by Google

Blasenhalses und tritt daher vor allem tagsüber und bei Bewegungen in Erscheinung. 2. Hämaturie, diese ist total und folgt denselben Gesetzen wie die Miktion, 3. Schmerzen, diese erscheinen meist am Ende der Miktion und strahlen ins Perineum, Skrotum, in die Eichel aus, 4. Unterbrechung des Harnstrahles. Durch verschiedene äußere Umstände werden die Symptome aber in ihrem Hervortreten variiert oder verschleiert, so daß ev. die Steine der Diagnose entgehen können. Bei Kindern z. B. manifestieren sie sich durch Tag und Nacht anhaltende Häufigkeit der Miktion, Schmerzen und Unterbrechung des Harnstrahles, selten durch Hämaturie. Ist die Blase sehr irritabel, so kann der Stein temporär von der Wand umschlossen werden und so der Untersuchung sich entziehen; bei Greisenblasen können sie in Divertikeln liegen. Besteht gleichzeitig Prostatahypertrophie, so prädominieren deren Symptome, die Untersuchung mit Sonde und Zystoskop kann unmöglich sein. Auch banale Zystitiden können die Steinsymptome verschleiern; wenn sie nicht völlig ausheilen wollen, muß man an Steine denken. Bei gleichzeitiger Harnröhrenstriktur steht die Dysurie und die Häufigkeit der Miktion im Vordergrund. Nach Beseitigung der Striktur erscheinen oft die Steinsymptome. Bei Tuberkulose und Tumoren der Blase ist es sehr leicht möglich, daß die Steine der Diagnose entgehen können. Deshalb soll man bei rebellischen Affektionen der Harnorgane stets auch an Steine denken.

2. Blut an der Harnröhrenmündung oder im Urin, von François Fournier-Toulon. Verfasser bespricht eingehend alle Eventualitäten, an die man denken muß, wenn ein Patient mit Blutungen aus der Harnröhre kommt. Er gibt praktische differentialdiagnostische und therapeutische Winke. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

3. Heilung einer Nierenfistel nach Nephrolithotomie durch Dauerkatheter, von André Boeckel-Paris. Ein 43jähriger Mann kam wegen Lendenschmerzen und Hämaturie zur Behandlung; es wurde bei ihm ein Stein in der linken Niere gefunden und durch Nephrotomie entfernt. Da ein Drän eingelegt werden mußte, entwickelte sich eine Nierenfistel, die keinerlei Heilungstendenz zeigte. Deshalb führte Verfasser einen Dauerkatheter bis in das Nierenbecken mit dem Erfolge, daß der ganze Urin durch den Katheter abgeleitet wurde und die Fistel sich alsbald schloß. Durch unzweckmäßiges Verhalten des Kranken brach die Fistel noch einmal auf und wurde einmal verschlimmert; jedesmal wurde derselbe günstige Effekt durch den Dauerkatheter erzielt. Verfasser weist auf diese harmlose und so wirksame Methode der Fistelbehandlung hin. die die Exstirpation des fistulösen Organes in verzweifelten Fällen unnötig macht.

4. Ausgedehnte Urethralstriktur, Plastik, von Gayet-Lyon. Der 62jährige Patient hatte im 19. Lebensjahre einen Tripper, an den sich eine Striktur mit allen üblen Folgen, wie Retention, aszendierende Infektion, Periurethritis und Fistelbildung anschloß. Bei der Untersuchung fand sich eine ausgedehnte periurethrale Sklerosierung, eitrige Zystitis und eine Fistel. Es wurde ein 8 cm langes Stück der Urethra reseziert, dann vom Oberschenkel ein Lappen genommen, um eine Sonde gelegt und in den Defekt gelegt. Der Urin wurde durch eine Zystostomie abgeleitet. Die Operationsfolgen waren gut. Die Weiterbehandlung durch Dilatation usw. war verschiedentlich von Komplikationen unterbrochen, doch hatte der Kranke schließlich eine normal funktionierende Harnröhre.

5. Die blennorrhagische Spermatozystitis, von Georges Luys-Paris. Die blennorrhoische Erkrankung kann bei nicht eingehender Untersuchung leicht unerkannt bleiben. Man muß deshalb besonders auf folgende vier Symptome achten: 1. Druckschmerz der Samenbläschen, 2. Verdickung ihrer Wand, 3. Untersuchung des exprimierten Sekretes und 4. Schmerzhaftigkeit des Colliculus seminalis. Diese äußert sich in Spasmen des Sphinkters bei Einführung einer Sonde. Außer diesen Symptomen kommen noch

Digitized by Google

einige andere in Betracht, die durch die gleichzeitige Urethritis posterior bedingt sind und den Verdacht auf eine Spermatozystitis erregen müssen, das sind: Schmerzen im Perineum, an der Prostata oder der Eichel; Trübung des Urins; Miktionsstörungen, Ejakulations- und Erektionsanomalien, sowie rezidivierende Nebenhodenentzündungen. Therapeutisch wurden verschiedene chirurgische Eingriffe empfohlen. Doch glaubt Verfasser, daß man in den meisten Fällen mit folgenden Maßnahmen auskommt: Massage der Samenbläschen, Kauterisation des Colliculus seminalis und Katheterismus der Samenausführungskanälchen und des Utriculus prostaticus.

6. Komplikationen bei weiten Strikturen, von Debeaux-Toulouse. Man kann schwere Retentionserscheinungen bei Patienten beobachten, die eine ganz weite Striktur, 22 oder 23 Charrière, haben. Hinter der Striktur wird die Schleimhaut aufgelockert und es kommt zu einem periurethralen Abszeß, oder die Blase ist gedehnt und im Zustande der chronischen inkompletten Retention und es entwickelt sich eine Zystitis. Schließlich kann es durch Aszension zur Affektion der Nieren kommen. Verfasser berichtet über einen Patienten, bei dem sich zehn Jahre nach einem Tripper ein perinealer Abszeß entwickelte; er hatte eine Striktur, die Sonde 20 durchließ. Verfasser weist darauf hin, daß auch diese ganz weiten Strikturen energisch dilatiert werden müssen.

7. Salvarsan bei Syphilis, von Duhot. Verfasser hat ausgezeichnete Erfolge mit reiner Salvarsan- oder Neosalvarsanbehandlung gehabt.

8. Regionäre Anästhesie, von Danis. Verfasser bespricht die Konstanz, Schnelligkeit und Ausdehnung der Anästhesie, den lokalen, regionären und allgemeinen Effekt, die psychische Wirkung und die Schwierigkeiten der Ausführung. Wenn sich auch theoretisch jede Körperstelle unempfindlich machen läßt, so müssen selbst die größten Enthusiasten noch 50% der Fälle der Allgemeinnarkose überlassen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes, von Emil Kantorowicz-Berlin. (Elf farbige Abbildungen.) (Urban & Schwarzenberg. Berlin 1913.) In einem kleinen sehr lesenswerten Büchlein gibt uns der Verfasser ein anschauliches, umfassendes Bild der Anatomie, Pathologie der Geschlechtsorgane und die Therapie. Ganz besonders interessant ist der zweite Abschnitt der Pathologie, den ich als Leitfaden sehr empfehlen kann. Trotz der Kürze sind die einzelnen Perversionen des Geschlechtstriebes genau geschildert, so daß man sich über die einzelnen Formen sehr schnell orientieren kann. Ebenso wertvoll ist der dritte Abschnitt der Therapie. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Sekundärsyphilitischer Ikterus, von J. Castaigne. (Journ. d. pratic., 1913, Nr. 18.) Bei einem 21jährigen Patienten stellte sich zwei Monate nach Auftreten des Schankers, der nicht behandelt worden war, noch vor Erscheinen einer Roseola oder anderer sekundärer Symptome ein schwerer Ikterus mit Leberschwellung,

Digitized by Google

Pruritus, Pulsverlangsamung und Milzschwellung ein. Der Ikterus war nicht hämolytischen, sondern hepatischen Ursprungs. CASTAIGNE empfiehlt in einem solchen Fall eine energische antiluetische Behandlung. Er sah drei solcher Fälle durch Salvarsan heilen. Auch soll man nicht erschrecken, wenn durch Salvarsan oder Quecksilber der Ikterus sich anfangs verschlimmert, sondern mit der Behandlung fortfahren. Es handelt sich dann um eine Art HERXHEIMERscher Reaktion.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Gumma des Herzens, von E. J. Mc WEENEY. (Dublin Journ., Mai 1913.) Ein 36jähriger Mann war plötzlich ohne Vorboten zum Exitus gekommen. Bei der Sektion fand sich an der Basis des linken Ventrikels, dessen Hinterwand und am Septum eine weiße sarkomähnliche Masse, die aus konfluierenden Knötchen bestand, in deren Mitte nekrotische Herde waren. Die Neubildung hatte auch auf den rechten Ventrikel bis zur Trikuspidalklappe übergegriffen. Histologisch bestand sie aus Lymphozyten, Plasmazellen, Epitheloidzellen, Fibroblasten und zahlreichen Riesenzellen. Die Herzgefäße zeigten ausgesprochene obliterierende Endarteriitis. Richard Frühwald-Leipzig.

Aortitis syphilitica; von C. ROUBIER und A. GOYET. (Lyon méd., 1913, Nr. 19.) 52jähriger Patient, vor 20 Jahren syphilitisch infiziert, kam mit Aorteninsuffizienz und Asystolie des rechten Herzens zur Behandlung. Baldiger Exitus. Die Sektion ergab eine zylindrische Erweiterung der syphilitisch affizierten Aorta sowie eine durch aortitische Plaques bedingte Verlegung des Abganges der linken Carotis communis und der Coronaria posterior. Diese Kombination ist bemerkenswert. Die Thrombose der Karotis hatte keinerlei zerebrale Erscheinungen gemacht, da sich ein genügender Kollateralkreislauf mit der rechten Seite ausgebildet hatte. Die Thrombose der Koronaria bewirkte die Bildung eines sklerotischen Herdes und die Asystolie des rechten Herzens. Die klinischen Erscheinungen waren nicht typisch.

Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilitische und postsyphilitische Erkrankungen des Nervensystems bei Aortitis, von DENEKE-Hamburg-St. Georg. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. 45.) Die seit der Erkenntnis des häufigen Zusammenhanges von Nervenleiden und Kreislaufstörungen einerseits mit syphilitischen und parasyphilitischen Erkrankungen andererseits einsetzenden genaueren diesbezüglichen statistischen Untersuchungen haben dargetan — besonders seitdem ihnen in WASSERMANNscher Reaktion und Röntgendurchleuchtung eine erfolgreiche Stütze ward —, daß höchstwahrscheinlich unter den Spätfolgen der Lues die Erkrankungen des Nervensystems an Häufigkeit und an Letalität von den Kreislauf- und besonders den Aortenerkrankungen noch übertroffen werden. In 41% der Fälle konnte D. bei seinen Aortikern luetische und postluetische Befunde am Nervensystem nachweisen und ermahnt daher bei der großen diagnostischen und therapeutischen Bedeutung dieser Tatsache, bei Herzerkrankungen durch die gleichzeitige Untersuchung des Nervensystems und bei Nervenerkrankungen durch die gleichzeitige Untersuchung der Kreislauforgane sich unter Umständen wichtige Aufschlüsse über die Natur der Krankheit und damit die Art der Therapie zu verschaffen. Oskar Gans-Hamburg.

Über die Veränderungen an den Aortenklappen bei Aortensyphilis, von FRANZ ENGEL. (Diss., Bonn 1913.) Verfasser bespricht die spärliche, bisher vorliegende Literatur über die pathologische Anatomie der Klappenveränderungen der Aorta bei Syphilis und beschreibt ausführlich eine Reihe von Präparaten, die am Bonner pathologischen Institut gewonnen wurden. Seine Untersuchungen haben gezeigt,

Digitized by Google

daß die Mesaortitis syphilitica in zwei Arten die Klappen verändern kann, indem sie mit Vorliebe zur reinen Insuffizienz derselben führt. Einmal kann es durch Plaques an den Klappenwinkeln oder durch wulstartige Verdickung der Aortenintima überhaupt hier und in den Sinus vals. zur Verkürzung und Verwachsung des freien Randes von den Winkeln her mit der Aortenwand kommen, wobei das Klappengewebe selbst im ganzen unverändert bleibt. Zweitens kann der Prozeß das Klappengewebe von ihren Winkeln aus infiltrieren und danach zur Schrumpfung und Verhärtung führen; doch wurde an einzelnen Stellen die Verdickung auf die Innenseite der Klappen von den Winkeln aus verursacht. Die beiden Arten der Klappenveränderung kombinieren sich häufig, kommen aber auch isoliert vor.

Fritz Loeb-München.

Aneurysma der Arteria vertebralis und Nephritis interstitialis bei einer jungen Frau. Wahrscheinliche Syphilis, von L. Babonneix. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 77.) Bei einer Kranken mit Tachykardie und psychischen Störungen, die an einem urämischen Anfall starb, konnte letzterer durch bei der Autopsie gefundene schwere Nierenläsionen, die Tachykardie durch die Zirkulationsstörungen, welche im Bulbus durch die Nähe der Aneurysma hervorgerufen wurden, erklärt werden. Nur für die psychischen Störungen war eine Erklärung nicht zu finden, bei der aber jedenfalls Syphilis im Spiele war, welche wahrscheinlich auch für das Aneurysma und die Nephritis verantwortlich gemacht werden muß.

A. Gunsett-Straßburg.

Syphilis mediastini, von Kuschew. (Wratschebnaja Gaseta, 1913, Nr. 28 u. 29.) Beschreibung eines zunächst unklar gebliebenen Falles, welcher durch die anfallsweise auftretende Atemnot, verbunden mit Husten, an Bronchialasthma erinnerte, bei dem sich aber allmählich Symptome einstellten, die für eine wachsende Geschwulst sprachen. Das nun aufgenommene Röntgenogramm und die positive Wassermann-Reaktion klärten die Diagnose auf, und der Erfolg der spezifischen Kur brachte eine Bestätigung derselben. Arth. Jordan-Moskau.

Diffuses Syphilom der Parotis, von Letulle und Vuillet. (Journ. des pratic., 1913, Nr. 20.) Die beiden Verfasser stellen in der „Société médicale des Hôpitaux" am 9. Mai, einen 40jährigen Patienten vor, der an einem Tumor der Parotis litt. Da diese schnell wuchs, glaubte ein Chirurg an eine maligne Neubildung. Doch fand sich durch eine Probeexzision, daß es sich um diffuse gummöse Syphilis handelte. Die Wassermannsche Reaktion war positiv, und der Patient wurde mit Salvarsan geheilt. A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Ménièreschen Krankheit durch Salvarsaninjektion, von Milian. (Semaine méd., 1913, Nr. 31.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Ménièrescher Krankheit, die durch Salvarsan geheilt wurden. Ein 69jähriger Mann mit Labyrintharteriosklerose, dessen Infektion 42 Jahre zurücklag, wurde rasch geheilt. Im zweiten Fall handelte es sich um einen 48jährigen Kranken, der zwar einen negativen Wassermann hatte, dessen Frau aber unter drei Geburten einmal abortiert und einmal ein epileptisches, das zweitemal ein kränkliches Kind erzeugt hatte. Fünf Salvarsaninjektionen brachten eine vollständige Heilung, nicht ohne vorher eine starke Herxheimersche Reaktion zu verursachen, die sich durch vorübergehende Taubheit und Erbrechen bemerkbar machte.

A. Gunsett-Straßburg.

Vorläufige Mitteilung über eine diagnostisch verwertbare Reaktion in der Spinalflüssigkeit von Parasyphilitikern, von H. Maruyama-Tokio. (Wien. klin.

Digitized by Google

Wochenschr., 1913, Nr. 30.) Wenn man einem Meerschweinchen als Vorbehandlung 0,02 ccm Menschenblutserum subkutan einspritzt und dann nach einem Zeitintervall von 2—3 Wochen Spinalflüssigkeit von paralyseverdächtigen Kranken im Verhältnis von 1,5—2 ccm pro 100 g Körpergewicht des Tieres intravenös einführt, so geht das Tier innerhalb weniger Minuten unter allgemeinen Krämpfen zugrunde, wenn es sich um Spinalflüssigkeit eines Paralytikers handelt, während mit Spinalflüssigkeit anderer Psychosen eine Reaktion völlig ausbleibt oder wenigstens binnen kurzem leicht abläuft, also niemals zum Tode führt.

Bei der Autopsie werden ohne Ausnahme Erscheinungen des Anaphylaxietodes nachgewiesen: stark aufgeblähte Lunge, flüssiges Blut und 20 Minuten nach dem Tode noch arbeitendes Herz. Aus diesem Befund und aus dem Umstand, daß bei der progressiven Paralyse der Eiweißgehalt in der Spinalflüssigkeit eine bedeutende Steigerung aufweist, scheint es dem Verfasser berechtigt, diese Reaktion durch Anaphylaxie zu erklären. W. Lehmann-Stettin.

Das Verschwinden der Parasyphilis, von S. Pollitzer-New York. (Med. Record, 3. Mai 1913.) Nachdem Noguchi im Hirn von Parasyphilitikern Spirochäten gefunden hat, scheint jede Diskussion über Parasyphilis und Metasyphilis überflüssig, auch über den alten Standpunkt Leydens, der die Rolle der Syphilis in der Ätiologie von Tabes und Paralyse gering anschlug. Nach den letzten wissenschaftlichen Ergebnissen ist die Paralyse einfach eine syphilitische Erkrankung; bezüglich der Tabes wird der exakte Nachweis nicht mehr lange auf sich warten lassen. W. Lehmann-Stettin.

Zwei Fälle von Nervensyphilis mit intrarachidischen Quecksilber- und Neosalvarsaninjektionen behandelt, von Paul Ravaut. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 65.) Bei einer 34jährigen Kranken wurden vor vier Jahren sichere Zeichen einer subakuten Meningitis mit rechtsseitiger Augenmuskellähmung festgestellt. Sofort nach der ersten intrarachidischen Injektion von 1 Milligramm Zyanquecksilber wurde die Meningitis und die Akkommodationslähmung besser, und beide verschwanden nach der zweiten (1/2 Milligramm) vollständig. Momentan bleibt nur noch eine leichte Lymphozytose des Liquor und eine Pupillendifferenz mit träger Reaktion auf Licht am rechten Auge zurück. Dieser Zustand hält jetzt schon seit 3 1/2 Jahren an. Übrigens waren die angewandten Dosen zu stark, denn sie waren von allerdings bald wieder verschwindenden generalisierten Kontrakturen gefolgt.

Einer anderen Kranken mit syphilitischer, chronischer Meningitis und Tabes, bei welcher keine Therapie Besserung gebracht hatte, machte der Verfasser drei intrarachidische Neosalvarsaninjektionen von 2, 4 und 10 Milligramm. Die beiden ersten Dosen wurden gut vertragen, aber von der letzten ist noch nach drei Monaten eine Parese der Beine zurückgeblieben. Die subjektiven Symptome wurden in diesem Falle gebessert, aber die objektiven wurden in keiner Weise modifiziert. Nur der Liquor wurde in günstiger Weise beeinflußt, denn die vorher positive Wassermannsche Reaktion desselben wurde negativ, und das Eiweiß war sehr verringert. A. Gunsett-Straßburg.

Das Salvarsan in der Behandlung der Sydenhamschen Chorea. Sydenhamsche Chorea und hereditäre Lues, von Gennaro Fiore. (Morgagni, 15. Juni 1913.) Das Salvarsan war bisher in vielen Fällen von Chorea von prompter Wirkung, und man soll in allen hartnäckigen und rezidivierenden Fällen zu diesem Mittel greifen. Dieses therapeutische Kriterium genügt aber nicht, um zu behaupten, daß die Sydenhamsche Chorea ein Symptom der hereditären Lues ist, da andere ätiologi-

Digitized by Google

schen, klinischen und pathologisch-anatomischen Kriterien gegen diese Hypothese sprechen und kein einziges direktes Argument dafür spricht. Natürlich kann in manchen seltenen Fällen die zerebrale Syphilis ein der Chorea ähnliches Symptomenbild machen. Allerdings muß der hereditären Syphilis oder Parasyphilis prädisponierendes Moment eine große Bedeutung zugestanden werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das Wesen, die Bedeutung und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, von Oppenheim. (Merkbl. des Reichsverb. der akad. Ver. f. Sexualhyg., Österr. Wien, Sept. 1913.) Kurze Erläuterung obigen Themas. Chrzelitzer-Posen.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von C. Klausner-Prag. (Merkbl. des Reichsverb. der akad. Ver. f. Sexualhyg., Österr. Wien, Sept. 1913.) Eine dem Zwecke eines Merkblattes entsprechende kurze Mitteilung. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Die ministerielle Kommission zur **Statistik und Prophylaxe der Lepra in Italien** ist zusammengesetzt aus Prof. Guido Bordoni-Uffreduzzi-Mailand, Präsident, und den Professoren Umberto Mantegazza-Pavia, Luigi Philippson-Palermo, Francesco Radaeli-Cagliari und Priv.-Doz. Dr. Mario Truffi-Pavia.

Die 3. Versammlung der **Spanischen Urologischen Gesellschaft** findet im Mai 1914 in Madrid statt. Verhandlungsthemata: Diagnostik der Urogenitaltuberkulose (Referenten: G. Tomas-Madrid, S. Pascual-Madrid); Ableitung des Urins bei Eingriffen an Harnleitern und Harnblase (Ref. Cifuentes-Madrid, Asua-Madrid). Generalsekretär des Kongresses ist Dr. Carlos Negrete-Madrid.

Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren. In dieser in Nr. 46 u. 47 dieser Wochenschrift erschienenen Arbeit habe ich nachträglich folgende Druckfehler gefunden:

Seite	1339	Zeile	18	von unten	lies	statt vorzügliche Stücke: vorzügliche Studie;
„	1339	„	5	„	„	„ Fild: F. W.;
„	1340	„	11	„	„	„ Bronneva: Bonneval;
„	1344	„	20	„ oben	„	„ Memoieren: Memoiren;
„	1349	„	3	„	„	„ Fallatrices: Fellatrices;
„	1360	„	7	„ unten	„	„ meist: wohl;
„	1362	„	5	„	„	„ sekundären vereiterten: vereiterten sekundären;
„	1365	„	7	„	„	„ verehrtem Verfasser dem: dem verehrten Verfasser.

Dr. v. Notthafft.

Prof. E. Joseph-Berlin, Hofrat F. Schlagintweit-München und Dr. Arthur Lewis-Berlin wurden zu korrespondierenden Mitgliedern der Association française d'Urologie gewählt.

Prof. Georg Juffinger, Vorstand der otolaryngologischen Klinik in Innsbruck und Verfasser wertvoller Spezialarbeiten über Rhinosklerom, ist gestorben.

Der Lepraforscher Dr. Zambaco Pascha in Konstantinopel ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Abiturienten d. höh. Schulen Mannheims. Ärztl. Ansprache an die, Stephani 1417.
Abiturientenvorträge für Sekundaner, Flesch 1326.
Abortivbehandlung s. Blennorrhagie, Blennorrhoe.
Abszeß b. der Frau. Suburethraler, Burty 1188.
Abszesse verursacht dch. Ducreysche Bazillen. Chron. fibröse, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 989.
— Multiple subkutane (kalte), Sequeira 1179, Little 1179.
Acanthosis nigricans, Klotz u. Rohdenburg 805, Toyanca 1238.
*„Acetonal". Andere Verwendg. d. Hämorrhoidalzäpfchen, Wockenfuß 1258.
Achorion Quinckeanum. Kulturen von, MacLeod 1179.
Addisonsche Krankheit (Morbus Addisonii), Dumont 1110, Löwy 1110.
— — Tuberkulose und, Blanco 1110.
— — Geheilte (?), Teschemacher 1111.
Addisonschen Krankheit. Leukozytengleichgewicht b. der, Marañon 1101.
— — Physiopathologie d. Nebennieren i. Zusammenhang mit der, Castelino 1110 (Bis).
Adenome. Histogenese der Nabel-, Zitronblatt 1108.
Adenoma sebaceum, Landesmann 958, Glawtsche 1271.
Adenosarkome d. Niere. Embryonale, Bloom 1479.
Adrenalin. Bhdlg. der Urtikaria mit, Swann 1248.
Ätzpasten m. Acid. sulfuricum, Pusey 1243.
Affen s. Lepra.
After s. Tuberkulose.
Akne. Ätiologie u. Therapie der, Chipman 1012.
— neonatorum, Kraus 1049.
Akne teleangiektodes, Kaposi 1237.
— vulgaris, Cunningham 1328.
— — Bhdlg. der, Oppenheim 936.
— — m. Autovakzine. Bhdlg. der, Potter 1012.
— — Strahlenbhdlg. der, Thedering 1012.
Aknitis 958.
Akrodermatitis atrophicans, Adler 981. Ehrmann 1451.
— continua suppurativa, Nicolas u. Moutot 992.
Aktinomykose d. Gesichts, Chompret u. Izard 807.
— Bhdlg. der, Wetterer 1017, Pinoy 1511.
— Röntgenbestrahlg. der, Levy 1017.
— b. tuberk. Individuen, Slattery 1016.
— Tuberkulose und, Beyerlein 1296.
Albino. Neger-, Blaschko 1142.
Albuminurie. Orthostatische, Gomolitsky 1192.
— u. Tuberkulose. Orthostatische, Arnold 1192.
— b. Hauttuberkulose. Orthostatische, Arnold 1192.
Albuminurischen. Untersuchg. d. Blutes bei, Roux 1086.
Allergie s. Trichophytie.
Allosan 1189.
Alopezie s. Thorium-, Thallium-.
— Peladoide, Martinotti 1137.
Alopezia areata. Pathol.-anat. Wesen der, Terebinski 1139.
— — u. Tinea tonsurans, Little 1178.
— — u. verwandte Krankheiten, Pellizzari 1415.
— circumscripta n. nervösem Choc, Fouquet 807.
Amidoazotoluol, Dobralowskaja 1244.
Amyloiden Degeneration d. Nieren b. Tuberkulösen. Anat. u. phys. Patholog. der, Rist u. Léon-Kindberg 1082.
Amyloiddegeneration d. Haut, Kreibich 797.

Digitized by Google

Anämie. Skorbut, Hämophilie u. progress., perniziöse, De Renzi 1275.
Anästhesie. Regionäre, Danis 1518.
— Lokal-, Aja 1416.
Anaphylaxie s. Lepröse, Arsen-.
— d. Keimdrüsen, Götzl 1269.
Anatomie u. Konstitutionslehre. Zeitschrift für angewandte, 1134.
Aneurysma s. Syphilis I. G.
Angina s. Vincentsche —.
Angiome m. Radium. Bhdlg. volumin. erektiler, Wickham, Degrais u. Slavik 1107.
— u. Nävi m. heißer Luft. Bhdlg. der, 1107.
Angioneurotische Exantheme nach Aspirin, Anderson 1249.
Anilinfarbenkrebs der Blase, Lewin 1270.
Anilinfarbstoffen a. d. tier. u. menschl. Haut. Einwirkg. von, Sachs 1048.
Anonymus. A. d. Leben des Pfälzer, Hoffmann 848.
Antigen v. Desmoulière 1080.
— b. Wassermann, Paris u. Desmoulière 1482.
— s. Meiostagminreaktion.
Antikörperchenbildung im Serum primär syphilit. Kranker. Spezifische, Lichatschew 1423.
Antileprol s. Lepra.
Antimeningokokken - Serumtherapie 1101, 1187.
Antimonpräparaten b. Spirochäten- u. Trypanosomenkrankheiten. Chemotherap. Wirkg. von organ., Uhlenhuth, Mulzer u. Hügel 1243, Hügel 1453.
Antiphlogistine 1244.
Anurie. 12 Tage andauernde, Renzi 1170.
— Chirurg. Bhdlg. der, Barth 1325.
Anus s. Ulkus.
Armen Familie. Geschichte einer, Neumann 866.
Arsenanaphylaxie? Lokale, Azúa 985.
Arsenkeratose n. Hektin, Burnier 1081.
Arsenvergiftung b. e. Lueskranken, Brodfeld 904.
Arsenik. Dermatitis nach, McLeod 801.
Arsenikpaste behandelt. Ulcus rodens mit, Gray 1179.
Artefizieller Hautausschlag, Weber 1178.
Arthigon b. Tieren u. Menschen, Sabella 1100.
— b. blennorrh. Gelenkentzündungen, Farker 1217.
— b. Urethritis posterior, Orlowski 1515.
*Arthigoninjektionen. Zerebrale Erkrankung nach, Fischer 858.
Arthritis b. e. blenn. Patienten, Selenew 833.
*— m. Gonargin. Bhdlg. der gonorrh., Hedén 1091.
Arthritiden. Gonokokkenvakzine b. chron. blenn., Semenow 816, 1217.
Arthrotendosynovitis blennorrhoica. Antimeningokokken - Serumtherapie bei, Compañ 1101.
Arzneimittel. In der Dermatologie gebräuchliche, Ravitch 1053.
Aspirin. Angioneurot. Exantheme nach, Anderson 1249.
Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris 1194.
Atheroms. Erblichkeit des, Schneider 1142.
Atophan. Dermitis artef. durch, Oyarzabal 1101.
Atoxyl u. Salvarsan. Organotropie u. Parasitotropie des, Igersheimer 1245, Ullmann 1245.
Atrophie der Haut? Idiopath. progressive, Perkel 958.
Augapfel s. Lepra.
Augenlid s. Keloid.
Aurum Kalium cyanatum. Wirkg. v. intraven. Infus. mit, Heubner 1243.
Ausflusses a. d. weibl. Genitale. Ursachen u. Bhdlg. des, Gottschalk 1215.
Autoserotherapie s. Hydrozele.
Azetonextrakte 840.
Azodolen b. Ekzem 935.

*Balanitis. Neue Heilmittel bei, Hegedüs 1207.
— gangraenosa, Tièche 1158.
Balneologie u. Balneotherapie 1114.
*Balsamika? Wie wirken die, Cronquist 1096.
— b. Blennorrhoe. Wert der, Roth u. Mayer 1514.
Bazillen im zirkul. Blut. Säurefeste, Faginoli 1222.
— Erd- 1222.
Beausche Linien 864.
Behaarter Haut. Überpflanzung, Perimoff 1426.
Beine s. Elefantiasis, Gangrän.
Beingeschwüre. Bhdlg. der chron., Brady 1136.
Belichtung. Keratosis seborrhoica durch, Montgomery 1105.
Benzin. Verätzgn. dch., Sehrwald 1277.
Beschneidung. Hilfstätigkeit d. Wochenpflegerin bei der, Leibholz 1338.
Bilharzia s. Blase.
Bilharziosis in Upsala, Ekehorn 1183.

Digitized by Google

Biokinetische Methode 1081.
Bioxzahnpaste 983.
Bismuthum subnitricum, Stark 834.
Blase. Ausschaltg. der, Oppel 835.
— Zystoskopische Bilder v. Bilharzia der, Josef 1163.
— Haarnadeln i. der, Legueu 1089, 1163.
— Karzinom der, Putzu 987.
— Chirurg. Bhdlg. von Papillomen und Karzinomen der, Watson 987.
— Anilinfarbenkrebs der, Lewin 1270.
— n. totaler Zystektomie wegen Krebs. Bildg. einer neuen, Lemoine 1336.
— Lufteinblasg. in die, Ferron 840.
— Pfählungsverletzungen der, Gérard 1515.
— n. suprapub. Prostatektomie. Verzögerte Heilg. der, Thévenot u. Lacassagne 1083.
— s. Ulkus.
Blasenbrüche, Chudavszky 1162.
Blasendivertikel m. Steinen. Großes, Nogier u. Reynard 839.
— m. kontraktiler Öffnung. Kongenitale, Buerger 1083, 1329.
— Radikale Bhdlg. angeborener, Dam 1162.
— Seltene angeborene, Brongersma 1268.
— Diagnose u. Therapie der angeborenen, Hofmann 1323.
Blasenexstrophie m. Bildg. e. neuen Blase u. Urethra. Bhdlg. der, Kielkiewicz 1359.
Blasengeschwür. Blutiger Blasenkatarrh u. einfaches, Blum 1267.
Blasengeschwüre, Bürger 1162.
Blaseninnern m. Hilfe v. Hochfrequenzströmen. Operationen im, Bucky u. Frank 1161.
Blaseninsuffizienz. Pseudozystitis dch. funktionelle, Reynès 1358.
Blasenkatarrh u. einfaches Blasengeschwür. Blutiger, Blum 1267.
Blasennaht. Primäre, Moore 1329.
Blasenpapillome dch. Hochfrequenzströme. Bhdlg. der gutartigen, Beer 1010, 1162.
— dch. Elektrolyse. Bhdlg. der, Oppenheimer 1239, 1267.
Blasenpapilloms m. Hochfrequenzströmen. Nachblutung nach Operation eines, Schneider 1133.
Blasenschnitt. Prostatektomie b. hohem, Fullerton 1170.
Blasenschwäche b. Weibe. Bhdlg. der, Fehling 1214.
Blasensteine 987.
— Multiple, Terron 1009.
— Entstehg., Bhdlg. und Verhütung der, Fedoroff 1264.
— Chirurgie der, Steiner 817.
— Spontanfraktur der, Bastos 1477.
— Latente, Debeaux 1516.
— Histologie der ägyptischen, Pfister 1163.
Blasentuberkulose im Anfangsstadium. Diagnose u. Bhdlg. d. Nieren- und, Wildbolz 1324, Rochet 1387.
Blasentumoren. Totale Zystektomie bei, Héresco 1186.
Blasenzelle. Steine in einer, Girard 1359.
Blastomen d. Unterhautbindegewebes. Nervenendiggn. i. der Haut bei, Fusco 1109.
Blastomykosen, Rocha-Lima 1021.
Blastomykosis, Petersen 1007, Terra 1037, Rabello 1046, Machado 1414.
Blastozoon globosum 1024.
Blattern u. Impfg. in Böhmen, Epstein 798.
Blennorrhagie b. Manne, Pedersen 1215.
— Vorsichtsmaßregeln wd. d. Inkubationszeit der, Janet 840.
— b. d. Frau. Lokalisation u. moderne Bhdlg. der, Chiara 1087.
— behandeln? Soll man beide Harnröhrenabschnitte b. jeder akuten, Janet 1187.
— Abortivbhdlg. der, Janet 1086.
— m. Gonokokkenvakzine. Bhdlg. der, Drobini 1010.
— Vakzinetherapie u. Vakzinediagnostik der, Frohnstein 1359.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhagisch (Blennorrhagica) s. Epididymitis, Konjunktivitis, Spermatozystitis.
— s. Blennorrhoisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoe. Infekt. d. Kinder mit, Schiperskaja 814.
— b. Manne ohne Antiseptika. Bhdlg. der, Picker 836.
— — — Abortivbhdlg. der, Lilienfeld u. Cohn 1218.
— — — Bhdlg. der, Miller 1362.
— Nützl. Erfindg. f. Bhdlg. der, Likes u. Schönrich 988.
— m. blennorrh. Sekret. Bhdlg. der, So u. Yamamoto 1476.
— Wert d. Balsamika bei, Roth u. Mayer 1514.
— Erkrankgn. d. Zirkulationsorgane durch, Brodfeld 1458.
— s. Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.

Digitized by Google

Blennorrhoeerkrankungen d. Niere, Townsend u. Valentine 835.
Blennorrhoekontrolle d. Prostituierten. Mikroskopische, Güth 1325.
Blennorrhoisch (Blennorrhoica) s. Arthritis, Arthrotendosynovitis, Epididymitis, Gelenkentzündungen, Keratosis, Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Nebenhodenentzündung, Ophthalmie, Orchitis, Septikämia, Urethrovesikale Affekt., Urethrozystitis, Vulvovaginitis, Zystitis.
— Blennorrhagisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoische Entzündgn. d. Urogenitaltraktus. Post-, Fraenkel 894.
Blennorrhoischen Erkrankungen. Serodiagnostik der, Finkelstein und Gerschun 895.
— — i. d. Allgemeinpraxis. Diagnose u. Therapie der, Mulzer 1296.
Blennorrhoischer Natur. Harnröhrenentzündungen nicht, Brodfeld 1159.
— Prozesse des Mannes. Kausale u. symptomat. Bhdlg., Erlacher 1219.
Bluttransfusion b. Blutungn. d. Harnwege, Legueu 1086.
Blutverbesserung. Heilg. v. Hautkrankheiten durch, Heuck 1225, Linser 1239.
Borcholin 1413.
Bordet-Gengou b. Tripper u. Rhinosklerom. Reaktion v., Ssutejew 816.
— — s. Wasserm. Reaktion.
Botryomykose, Pieri 1022, Rabello 1039.
Bouba, Teive 1046.
Bromoderma tuberosum, Sacharow 959.
— vegetans, Werssilowa 895.
Bronzefärbung mit Hauttumoren b. malig. Lymphom., Bowen 1384.
Brustwarze. Mann mit überkompletter, Schnittkind 1157.
Bubonen. Klimatische, Rost 1022.
Bursatee-leeche, Horta 1413.

Carethropsis hominis 808.
Chemotherapie bei externer Tuberkulose, Strauß 837.
— m. Kupfer- u. Methylenblaupräparaten. Tierexperimente zur, Linden 1413.
— mit Goldpräparaten u. Borcholin, Bruck 1413.
Chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden? Gibt es ein Mittel, die kleinen, Piersig 800.
Chlorretention bei Nephritis chronica, Widal u. Weissenbach 1084.
Cholerainfektion. Physiologie u. Pathologie der Haut bei der, Sabella 1415.
Chrysarobin. Hautverändergn. durch, Kopytowski 1225.
Chylurie, Lafforgue 1193.
Chyluria nostras. Klinostatische, Cestan u. Pujol 1193.
*Copaivae. Purpuraexanthem nach Balsamum, Odstrčil 1066.
Cranium natiforme inf. Rachitis, Schiperskaja 1513.

Dariersche Krankheit, Löhe 864.
Darmerkrankungen u. Dermatosen, Yamada 1476.
Defekte. Kongenitale ektodermale, Christ 1049.
Degeneration s. Amyloid-, Lipoid-.
Dermatitis. Zirkumskripte symmetrische, Little 801.
— n. Arsenik, McLeod 801.
— atrophicans reticularis, Glück 1454.
— chronica atrophicans 1307.
— — exfoliativa, Msareulow 1156.
— exfoliativa, Panfilow 933.
— — neonatorum 1456, Ujj 933.
— — generalisata, Palumbo 1100.
— gangraenosa infantum, Howard 1053.
— herpetiformis Duhring, Rabello 1414.
— mercurialis u. Vitiligo, Jordan 813.
— nodularis necrotica, Milmann 958.
— papillaris capillitii, Janschek 1238.
— polymorpha, Bonnet 991.
— repens d. Unterextremität, Pudor 1054.
— vegetans, Miller 834, Wolff 838.
Dermatitiden. Schützende Methode d. Bhdlg. von, Kurginski 1008.
Dermatological Association. American 938.
Dermatologie des 'Ali ibn all-'Abbas, Richter 1455.
— s. Histopintherapie, Noviform, Silbernitrat.
Dermatologischen Gesellschaft. XI. Kongreß d. Deutschen 1025.
*— — Bericht von Nobl 1406, 1442.
— — Ausschuß der Deutschen 1394.
Dermatologisches Studium in Berlin, Ketron 988.
Dermatomykosen. Bhdlg. der, Klingmüller 937.
— m. e. neu. Verfahren. Bhdlg. der, Pech 937.
— Allgem. pathol. Bedeutg. der, Bloch 1191.
Dermatosen. Trockenluftbhdlg. v. nässenden u. juckenden, Wagner-Katz 984.
Dermatosis dysmennorrhoica symmetrica, Polland 1456.

Digitized by Google

Dermitis arteficialis dch. Atophan, Oyarzabal 1101.
— staphylococc. polymorph. gangraenosa, de Aja 984.
Dermographismus 971.
Diabetes, Geschlechtskrankheiten vortäuschend. Verletzungen an den Genitalien infolge, Whitney 987.
— Wirkg. d. Milchsäurebazillen a. den Zuckergehalt des Urins bei, Horowitz 1192.
— mellitus. Harnanalysen bei, Hart 1332.
Diabetikern. Gangrän. Phlegmone des perikavernösen Penisgewebes bei, Brault 1159.
Diagnose. Fall mit unklarer, Milmann 958, Schestopal 1235.
Diagnostizieren. Fall zum, Eddowes 801, Little 801, 1179, Meachen 1178, 1179.
— Morris u. Dore 1180, Bunch 1180.
Diathermie. Bhdlg. des Lupus mit, Jacobi 1412.
Diathese. Ekzeme b. exsudativer 935.
Diphtherie s. Geschlechtsorgane, Wunddiphtherie.
Diplodia zeae 848.
„Dirnenburg". Eine, 1338.
Divertikel s. Blasen-.
Doriform i. d. Hautpraxis. Ein neues Antiseptikum 1244.
Dosimeter. Sabouraudsches, Krüger 847.
Dozentenvereinigung f. ärztl. Fortbildungskurse. Berliner 1226.
Ducreysche Bazillen. Chron. fibröse Abszesse verursacht dch., Gougerot u. Meaux-Saint-Marc 989.
Ductus seminales. Skiagraphie der, Belfield 1166.
— s. Samenkanälchen.
*Louis A. Duhring †, Stelwagon 916.
Dupuytrensche Kontraktur. Hereditäre, Bunch 1383.
Dystrophia endocrina-sympathica, Bartolotti 1305.

Ekchondrom der Ohrmuschel. Bilaterales, Zografides 1109.
Ektopia testis. Chir. Bhdlg. der, Fischer 1164.
Ekzem. Naftalan bei akutem, Boruchowitsch 894.
— v. Standpunkte des Praktikers, Ravogli 933.
— a. Munde als Symptom v. kongen. Syphilis, Findlay u. Watson 934.
— Hochfrequenzströme bei, Charbonneau 935.
— b. Brustkindern in Abhängigkeit v. Diathesen im kindl. Alter, Schkarin 935.
Ekzeme b. exsud. Diathese. Pellidol u. Azodolen z. Bhdlg. der, Bortlin 935.
— Kinder-, Klingmüller 1102.
Ekzems auf chem. Basis. Ätiologie u. ätiol. Therapie des, Luithlen 838.
— m. Schilddrüse. Bhdlg. des Säuglings-, Valmorin 935.
— m. Xylol. Bhdlg. des, Missikow 935.
Ekzema e professione. Bhdlg. des, Boruchowitsch 1512.
Elastins d. Haut. Lipoide Degeneration des, Kreibich 796.
Elastom d. Haut. Diffuses, Dubreuilh 808.
Elefantiasis, Hunter 1018.
— d. Unterschenkels. Tuberkulöse, Gaucher, Gougerot u. Audebert 1080.
— d. männl. Genitalien. Operation der, Müller 1018.
— d. Beine m. Lymphangioplastik. Bhdlg. der, Madden, Ibrahim u. Ferguson 1018.
— congenita, Gallois 1145.
— glabra congenita, Acosta 1144.
— s. Pseudo-.
Elefantiastischen Ödems dch. Lymphableitung. Chirurg. Bhdlg. des, Kondoléon 1019.
Eleidin i. d. Oberhaut. Glykogen und, Hanawa 1457.
Elektrizität. Operat. Bhdlg. v. Haut- u. Schleimhauterkrankungen mittels, Libley 1334.
Elektrolyse b. Blasenpapillomen, Oppenheimer 1239, 1267.
— b. Harnröhrenstrikturen, Colin 1089.
*Empfindlichkeit der Haut usw. dch. Injekt. v. Eigenserum, Eigenblut u. Na nucleinicum. Herabsetzung der, Spiethoff 1227.
Endotheliome d. Haut- u. Speicheldrüsen usw., Gazen 1108.
Endourethrale Bhdlg. m. Hochfrequenzströmen. Endovesikale und, Bachrach 1055.
— Massage, Cronquist 1453.
Endovesikale u. endourethrale Bhdlg. m. Hochfrequenzströmen, Bachrach 1055.
Entzündungen m. Antiphlogistine. Bhdlg. von, Holzapfel 1244.
Ephcliden. Pigmentierte nävusartige, Mac Leod 1180.
Epidermiszysten. Famil. kongenit. Pemphigus mit, Balzer u. Landesmann 1081.

Digitized by Google

Epididymitis. Pathogenese u. Therapie der blennorrh., Schindler 800.
— Rationelle Bhdlg. der, Culler 1218.
— blennorrh. u. ihre Behandlung. Histopathol. Studie der, Nakano 986.
— Neue Bhdlgsmethoden d. akuten blennorrhag., Schmutz 1187.
— als Folge von Muskelspannung. Akute, Wolfendale 1165.
Epididymotomie, Culler 1218.
Epiphaninreaktion, Angerer 846.
Epitheliom. Morphoeaähnliches, Heidingsfeld 797, 967.
— u. Ulcus rodens b. dems. Patienten, Davis 802.
— d. Ohrmuschel, Patterson 1024.
— s. Haut-.
Erotik. Wedekinds, Kessel-Mühlfelder 1184.
Erysipel. Latentes, Schlesinger 1017, Semenow-Blumenfeld 1017.
— m. Vakzine b. Kindern. Bhdlg. des, Sill 1018.
— Blutdruckspannung bei, Bach 1018.
— Sympathischer Nystagmus b., Hirsch 1018.
— im Puerperium, Lechat 1018.
— s. Rotlauf.
Erysipels m. Jodtinktur u. Kollargol. Bhdlg. des, Shilinski 1157.
Erythem n. Neosalvarsan. Rezid. skarlatiniformes, Bulliard 1321.
— s. Pantopon, X.
Erytheme. Pathogenese d. infektiösen, Weill u. Gardère 1249.
Erythema chronicum migrans 1457.
— exsudativum multiforme haemorrhagicum m. Exitus letalis, de Amicis 799.
— induratum ohne Zeichen v. Tuberkulose, Galloway 1052.
— — b. e. Myxomatösen, Thibierge u. Marcorelles 1079.
— — pseudopurpuricum, Thibierge u. Marcorelles 1079.
— — Pathologie des, Nobl 1445.
— nodosum usw., Balzer u. Landesmann 1079.
Erythematöse Läsionen d. Hände bei Lupus vulgaris, Gray 1179.
— Kreise a. d. Vola manus. Zirzinäre, Schestopal 1237, 1271.
Erythematöser Ausschlag. Persistierender, Gray 1179.
Erythemform. Seltene, Lipschütz 1457.
Erythrasma. Bhdlg. des, Oppenheim 936.
Erythrodermie. Kongen. ichthyosiforme, Nicolas u. Moutot 932.
— pityriasique en plaques disséminées, Brocq 1512.
Erythrodermien. Pathologie d. general. exfoliativen, Sachs 1456.
Erythromelalgie. Förstersche Operation bei, Mayesima 1249.
Extragenitale Ulcera mollia, Janschek 1235.

Fakultätsordnung f. d. bayerischen Universitäten. Neue 1113.
Favus. Ausrottung v. Tinea tonsurans und, McKee 1293.
— v. erythematosquamösem Typ, Mac Leod 1178.
— des Kopfhaares, Rabello 1039.
— capillitii, Babadjan 1236.
Fibroangiom m. Radium. Bhdlg. des, Jacob 1106.
Fibrom d. Hand, Ducastaing 1106.
Fibroma molluscum, Rasumowsski 815.
Fibroplasmozytom 1167.
Finsen. Bhdlg. d. Hautkrankheiten nach, Prosskurjakow 1007.
Fistel s. Harnröhre, Nieren-, Ureterenblasen-, Ureterovaginale, Urethral-.
Flaschenbazillus. Unnascher, Kraus 1049.
Folliklis, MacLeod 1178, Harttung 1443.
Follikulitis exulcerans Lukasiewicz 1236.
Framboesia tropica. Neue Feststellgn. bei, Hannes 1013.
Framboësieheilung dch. Salvarsan, Koch 1014.
Fremdkörper s. Blase, Harnröhre.
Freund-Kaminer b. Ratten. Exp. Studien üb. die Zellreaktion nach, Ishiwara 1224.
Froschaugenphänomen. Ehrmannsches 931.
Funiculus spermaticus. Rezid. Achsendrehung des, Dowden 1166.
— s. Samenstrang.
Furunkeln. Schwefelsäure bei, J. Reynolds u. R. J. Reynolds 1245.
Furunkulose 993.
— Bhdlg. der, Schüle 1020.
— m. Staphylokokkenvakzin. Bhdlg. der, Zweig 1010.
— s. Pseudo-.
Fuß s. Hyperidrosis, Hyperkeratose, Myzetom, Tuberkulosis.
Fußsohle s. Keratosis.

Gafsaknoten 1076.
Gangrän d. Beines b. e. 11 Tage alten Kinde, Fitzwilliams u. Vincent 1019.
— d. Penis Fournier. Spontane 1237.
— s. Haut-.
Gangraena penis, Bernstein 960, 1237.

Digitized by Google

Gangränöser Wunden m. Alkohol. Bhdlg. Blanchard 1019.
Gehirns u. Dermatologie. Tuberöse Sklerose des, Schuster 1475.
Gelenke s. Rotz.
Gelenkentzündungen. Arthigon bei blennorrh., Farker 1217.
Genitalien infolge Diabetes, welche Geschlechtskrankheiten vortäuschen. Verletzungen an den, Whitney 987.
— s. Elefantiasis.
Genitalsphäre. Kombination d. Scheinzwittertums m. Neubildungen in der, Zucker 1272.
Geschlechtsdrüsen bei männl. Geisteskranken, Todde 962.
Geschlechtsfunktionen b. Manne. Strikturen d. Harnröhre und, de Meo 817.
— — — Störungen der, Kantorowicz 1518.
Geschlechtskrankheiten. Tagg. d. Deutschen Ges. z. Bekämpfg. der 848, 1090.
— Flugschriften d. D. Ges. z. Bekämpfg. der 1417.
— Sexualpädagog. Tätigkeit d. D. Ges. z. Bekämpfg. der, Chotzen 1477.
— Merkblatt f. Soldaten z. Aufklärg. üb. das Wesen u. die Gefahren der, Menz 1025.
— ? Wie veranstaltet man am besten statist. Erhebungen üb. die Verbreitg. der, Blaschko 1326.
— i. d. Großstädten Deutschlands. Eine neue Erhebung üb. die Verbreitung der 1393.
— u. die ärztliche Verantwortlichkeit, Hahn 1134.
— u. Bevölkerungsproblem 819.
— u. Eherecht 850, Heller 1387, David 1387.
— Prophylaxe der, Klausner 1522.
— in skand. Staaten. Prophylaxe der, Balzer 1224.
— Wesen, Bedeutung u. Gefahren der, Oppenheim 1522.
— vortäuschend. Verletzungen an den Genitalien inf. Diabetes, Whitney 987.
*— in Casanovas Memoiren. Sexuelles und, Notthaft 1339, 1366, 1522.
— s. Lehrbuch, Praktikum.
Geschlechtsleben d. Menschen u. seine Gefahren, Hollmann 1417.
— d. Jugend, Schule u. Elternhaus, Meirowsky 1417.
Geschlechtsorgane. Granuloma ulcerosum der, Terra 1043.
— Männliche, Schultze 1145.
— b. Kindern. Diphtherie der, Klimenko 1158.
— Tod dch. Einlauf e. Chlorzinklösg. in die weiblichen, Roller 1215.
Geschwülste. Über die krankhaften, Galenos 1010.
— s. Krebsartige, Paravesikale, Nierenkapsel-, Neubildungen, Neoplasmen, Tumoren.
Geschwür s. Bein-, Blasen-, venerisches Geschwür.
Geschwüren. Klebepflaster bei 1054.
Gesicht s. Aktinomykose, Hemiatrophie, Lupus, Lupus erythem., Radiodermitis, Warzen.
Glans s. Lupus.
Glykogen u. Eleidin in der Oberhaut, Hanawa 1457.
Glykosurie i. d. geburtsh. Praxis, Mc Donald 834.
Goldpräparate 1413.
Gold- und Kaliumzyanür 1354, 1355.
Gonargin, Schuhmacher 799.
*— Bhdlg. d. gon. Arthritis mit, Hedén 1091.
Gonokokkus. Wert unserer Waffen gg. den, Janet 1337.
Gonokokkenfärbung, Bitter 1222.
Gonokokkenkultur. Nährboden für, Sabouraud u. Noiré 1078.
Gonokokkenvakzine. Bhdlg. der Blennorrhagie mit, Drobini 1010.
— b. chron. blenn. Arthritiden, Semenow 816, 1217.
— b. blennorrh. Ophthalmie, Mittendorf 1218.
— als Diagnostikum, London 1217.
— Menzer 1219.
*Gonorrhöe. Kolloidaler Schwefel gegen, Hedén 1003.
— mit Joddämpfen. Bhdlg. der 1463.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper, Urethritis.
*Gonorrhoea ant. et posterior. Spültechnik b. d. Therapie der, Rühl 907.
Gonorrhoisch (Gonorrhoica) s. Arthritis, Tendovaginitis, Blennorrhagisch, Blennorrhoisch.
Gramfarbstoff. Haltbarer, Klausner 1221.
Granula aestuantia i. d. menschl. Leukozyten. Trichopoden und, Merk 837.
Granulom. Subkut. verkalktes, Drouan 1015.
Granuloma annulare, Bunch 967, Arndt 981, Mühlmann 1512.
— inguinale tropicum, Grindon 804.
— pedunculatum, Ferrarini 1015.
— ulcerosum tropicale, Beaurepaire-Aragaõ u. Vianna 1040.
— — d. Geschlechtsorgane, Terra 1043.
— venereum u. seine Ursache, Martini 1016.
— — Reinkultur des Erregers des, Martini 1016.

Digitized by Google

*Granuloma venereum. Ulcus molle serpiginosum und, Gennerich 1195, 1230.
Granulomatöse Hautkrankheiten in Tripolis, Sabella 1100.

Haar s. Kopfhaar.
Haare u. Nägel. Familiäre Dystrophie der, Eisenstaedt 1139.
Haaren. Einpflanzung von, Havas 1449.
Haarbildung. Vikariierende Pigment- für, Christ 1049.
Haarbruch, Herxheimer 1392.
*Haarfärbemitteln. Entgiftung von Pelz- und, Colman 1459.
Haarfarben. Chemische Grundlagen der, Fasal 1451.
Haarflechte u. Plica neuropathica. Abnorme, Sibley 988.
Haarnadeln s. Blase.
Haarneubildung. Postfötale Talgdrüsen- und, Kyrle 1132.
Haarzyste d. Menschen. Roll-, Hoffmann u. Hochstetter 1509.
Hämatoporphyrinhydroa 1448.
Hämaturie n. Nephrektomie wg. Tuberkulose. Renale, Peña 1087.
Hämaturia leprosa 1319.
Hämophilen. Nierenblutungen bei, Mansiewicz 1514.
Hämophilie u. progress., perniz. Anämie. Skorbut, De Renzi 1275.
Hämorrhagischer Krankhtn. im Kindesalter. Normales Blutserum v. Menschen b. Bhdlg., Welch 1275.
Hämorrhoidal-Zäpfchen „Acetonal" 1258.
Hämorrhoiden. Exzision der, Hadda 1137.
— dch. Anikure. Prophylaxe u. Therapie der, Kindberg 1137.
Hämotherapie b. einigen Dermatosen. Auto-, Ravaut 1075.
Hand s. Erythematöse Läsionen, Fibrom, Hyperkeratose, Warzen.
Handteller s. Erythematöse Kreise, Framboësiforme Syphilis, Keratome.
Harns bei Masern u. a. Infektionskrankheiten. Giftigkeit des, Aronson u. Sommerfeld 1279.
Harnableitung. Nephrostomie z. dauernd. od. vorübergehenden, Pakowski 1336, 1516.
Harnanalysen b. Diabetes mellitus, Hart 1332.
Harnapparat wd. d. Menstruation. Reizerscheinungen im, Teleky 1268.
Harnkranke in Straßburg. Poliklinik für, Adrian 1478.
Harnkrankheiten. Diagnose u. Therapie der, H. u. E. Wossidlo 836.
Harnleiters. Angeborene Mißbildgn. des, 986.
Harnleiterendes. Insuffizienz d. vesikalen, Barbey 1325.
Harnleiterkatheterismus. Asepsis des, Vogel 1133.
Harnretention b. Gynatresie. Akute. Lohnstein 1133.
Harnröhre. Chron. Erkrankgn. d. hint., Wossidlo 1191.
— Kongenitale Fistel der, Uteau und Bassal 1083.
— e. Mannes. Seltener Fremdkörper in der, Häuer 1161.
— Traumatische Striktur der, Cochez 1087.
— u. Geschlechtsfunktionen b. Manne. Strikturen der, de Meo 817.
— Thiosinamin b. Strikturen der, Lévy-Weißmann 1083.
Harnröhrenabschnitte b. jeder akut. Blennorrhagie behandeln? Soll man beide, Janet 1187.
Harnröhrenentzündungen nicht blennorrh. Natur, Brodfeld 1159.
Harnröhrenmündung od. im Urin. Blut a. der, Fournier 1517.
Harnröhrenspülungen ohne Sonde. Technik der, Janet 1516.
Harnröhrensteine. Chirurgie der, Steiner 817.
Harnröhrenstrikturen. Elektrolyse bei, Colin 1089.
— Dauerresultate d. verschied. Bhdlgsarten der, Raskay 1161.
— dosiert werden? Wie soll die progressive Dilatation der, Guiard 1188.
Harnröhrenzerreißungen. Bhdlg. d. totalen, Hofmann 1160.
Harnsäuresteine, Porten 1163.
Harnsedimente u. Harnsteine. Bildg. der, Lichtwitz 1514.
Harnsteine. Bildg. d. Harnsedimente und, Lichtwitz 1514.
— Bildg. der, Posner 1514.
Harnstoffkoeffizient 1186.
Harnverhaltung. Interureteraler Wulst als Ursache kompletter, Deton 1187.
— s. Retention.
Harnwege. Bluttransfusion b. Blutungen der, Legueu 1086.
— Radiographie der, Judt 1009.
— Schluchzen n. Operationen der, Marion 1082.
— Staphylomykosen der, Goldberg 833.
— Vakzinebhdlg. d. Infekt. der, Wulff 1238.
*Hautatrophie. Histol. Untersuchg. bei idiopath., progressiver, Hodara 1307.
Hautepitheliome. Sukzessive, Gaucher, Gougerot u. Hischmann 807.

Digitized by Google

Hautepitheliomen. Hohe Dosen b. der Röntgenbhdlg. von, MacKee u. Remen 1057.
Hautfarbstoff. Licht und, Solger 1221.
Hautgangrän, Greggio 1137.
*— Symmetrische, Polland 1059.
— b. Typhus, Rouhaut 1019.
Hauthorn b. e. chin. Hausziege, Heller 1105.
Hautjuckens. Seife als Ursache des, Buttersack 1140.
— Bhdlg. des, Bäumer 1140.
Hautkarzinomen m. Kohlensäuregefrierg. und Röntgenstrahlen. Bhdlg. von, Fabry 798.
*Hautkrankheiten z. d. „inneren Sekretion". Beziehgn. einiger, Poor 779, 826.
— Radiumwirkgn. bei, Vollmer 800.
— u. ihre Beziehgn. z. Herzen u. d. Kreislauf. Chron. u. rezid., Walsh 833.
— Veränderg. des Nahrungsregimes b. einigen, Gerschun 1013.
— Arteriosklerose und, Bishop 1360.
— s. Blutverbesserung, Elektrizität, Finsen, Kohlensäureschnee, Lehrbuch, Mineralbäderbhdlg., Praktikum, Teerpaste.
Hautlappen. Transplantation v. Rippenknorpel in gestielte, Davis 1334.
Hautleishmaniose. Der erste dch. den Befund des Parasiten diagnostizierte Fall von brasilianischer, Franchini u. Mandovani 1014.
Hautnerven b. Menschen. Färbung d. marklosen, Kreibich 1047.
Hautsarkoid. Dariersches subkutanes, Marziani 1415.
Hautsarkomatose dch. Thorium X. Heilg. e. Falles von, Herxheimer 1089.
Hauttuberkulose m. tödl. Ausgang. Ausgedehnte, Gaskill 805.
— Orthostat. Albuminurie bei, Arnold 1192.
— Prognose u. Therapie der, Jungmann 1281.
— Gold- u. Kaliumzyanür bei, Pasini 1354.
Hauttuberkulosen. Atypische 809.
Hauttumoren v. sarkoidem Typus. Multiple, Brault u. Argaud 1076.
— Metastatische, Laache 1104.
— b. mal. Lymphom. Bronzefärbg. mit, Bowen 1384.
Hautveränderungen dch. Chrysarobin, Kopytowski 1225.
*Hautverdickungen b. Sklerodaktylie. Knotenförmige, Lipschütz 851.
Heißer Luft. Bhdlg. der Angiome und Nävi mit 1107.
Heliotherapie bei nichttuberkul. Erkrankungen, Aimes 1241.
Hemiatrophie d. Gesichts u. d. Gegenseite des Rückens, Galimberti 1416.
Hemicanities bei Hemiplegie, Loeb 1139.
Hermaphrodit? Ein, Mills 1145.
Herpes d. Haut. Jährl. zweimal rezidivierender, Dubois-Havenith 1277.
Herpes zoster. Ionentherapie bei, Macnab 1277.
— — s. Zona.
Hidradénomes éruptifs, Sequeira 1178.
Histopintherapie i. d. Dermatologie, Joseph 1242.
Histoplasmosis, Rocha-Lima 1021.
Hochfrequenzströme b. Ekzema, Charbonneau 935.
— Bhdlg. der gutartigen Blasenpapillome durch, Beer 1010, 1162.
— i. d. Urologie, Wossidlo 1267.
Hochfrequenzströmen. Endovesikale und endourethrale Bhdlg. mit, Bachrach 1055.
— Nachblutung n. Operation eines Blasenpapilloms mittels, Schneider 1133.
— Operationen im Blaseninnern m. Hilfe von, Bucky u. Frank 1161.
Hoden. Exp. Untersuchgn. üb. die innere Sekretion der, Barnabò 1164.
Hodens u. d. Samenstranges. Sarkom d. Scheidenhaut des, Bayer 1165.
— Tuberkulose e. ektopischen, Ferron 1085.
— u. Nebenhodens. Primäre Tbc. der Samenkanälchen des, Balliano 1165.
Hodenkrebs. Rezidivierender, Delbet 1188.
Hodenretention. Pathologie der, Uffreduzzi 1164.
Hodentuberkulose. Tuberkelbazillenbefunde im Urin bei, Löwenstein 1165.
Hodgkinsche Krankheit 1384.
*Jonathan Hutchinson †, Pringle 956.
Hydrargyrum salizyl. Embolie d. Gehirns u. d. Lungen nach Injekt. von, Sodmann 894.
Hydroa vacciniformis, Groß 1448.
Hydronephrose m. Steinen b. fast völlig. Fehlen d. Niere, Marion 839.
— Bedeutg. der anormalen Nierengefäße f. Entstehg. u. Entwicklg. der, Borelius 987.
Hydronephrosen. Ätiologie der, Michailow 986, 1009.
Hydro-uretero-pyelo-nephrosis bilateralis usw., Mucharinsky 1515.
Hydrozele. Autoserotherapie der, Zdanowicz 816.
— im frühesten Kindesalter, Nicoll 1166.

Digitized by Google

Hydrozelen. Taschenlaterne als diagnost. Hilfsmittel bei, Meyer 1166.
— Operat. Bhdlg. u. Rezidive der 1166.
Hygiene u. Rechtsprechung, Blaschko 1326.
Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern, Münch 1325.
Hyperidrosis. Ätiologie u. Bhdlg., Wertheimer 1141.
— pedum. Therapie der, Liebl 1475.
Hyperkeratose d. Hände u. Füße. Kongenitale, Adamson 1179, Sequeira 1180.
Hyperkeratosis punctata spinulosa et striata cuniculiformis, Vignolo-Lutati 799.
— subungualis, Janschek 1236.
Hypertrichosis, Brand 1144.
Hypoderma bovis 808.
Hypogenitalismus m. Hemilipomatosis diffusa d. Haut, Bartolotti 1305.
Hypospadie. Operationsmethode bei, Edmunds 1158.
Hysterischen. Ulzerationen b. einer, Azúa 984.

Ichthyol 1386.
— aus Saint-Champs, Balzer 1183.
Ichthyose. Fötale, Martinotti 932.
Ichthyosiforme Erythrodermie. Kongenitale, Nicolas u. Moutot 932.
Idiosynkrasien. Exper. Btrg. z. Frage der, Glück 1225.
Ikterus n. Äther- u. Chloroformnarkose, Fiessinger 1142.
— dch. Röntgentherapie d. Milz. Bhdlg. des kongenit. hämolytischen, Parisot u. Heully 1142.
Immunisierung auf der Haut. Heilversuche mit Wassermannscher lokaler, Beck 1011.
Immunotherapie d. multiplen Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge, Szily 1020.
Impetigo contagiosa staphylogenes 1456.
— herpetiformis Hebra, Marek 992.
Impetiginöse Hautmanifestationen. Pedikulosis und, Sabella 1141.
Impfung in Böhmen. Blattern und, Epstein 798.
— s. Kuhpocken-.
Impotenz dch. epidurale Injektionen. Behandl. der, Boulanger 1167.
*— m. Kollikuluskaustik, Hydrovibration u. Organtherapie. Bhdlg. der, Dreuw 1491.
— als Folge sexueller Totalabstinenz. Psychische, Hirschfeld u. Burchard 1323.
Indikanurie u. Phosphate, Warbrick 1192.
Inkontinentia urinae b. Frauen, Kelly 1360.
Instrumente. Neue, Boulanger 1089.
Intereureteraler Wulst 1187.
*Intravenöse Injektionen. Spritze für, Fontana 1032.
Intravenösen Injektion. Z. Technik der, Saphier 1058, Arzt u. Schramek 1058.
Ionentherapie 1277.

Jahresbericht d. Schriftführers, Glawtsche 1271.
Jod. Bhdlg. des Lupus nasi mit naszierendem, Bedford 1282.
Joddämpfen. Bhdlg. der Gonorrhoe mit 1463.
Jodexantheme, Pospelow 894.
Jodparotitis. Lues- und, Gundorow 871.
Jodtinktur u. Kollargol. Bhdlg. d. Erysipels mit, Shilinski 1157.
— b. Lupus 1182.
*Jodtherapie. Grundlagen u. Varianten einer externen, Saudek 1463.
Jodipin p. clysma bei Prostatitis, Fischel 1168.
Jododerma tuberosum fungoides, Pospelow 894.
*Jodozitin. Erfahrgn. mit, Mayer 1033.
Juckens m. autogener Vakzine. Heilung des, Schischlo 1140.
— s. Haut-.
Juckenden Dermatosen. Normalserum bei, Ullmann 1454.

Kälte. Kauterisation vermittels, Burnier 1241.
Kältebehandlung der Ulcera cruris, Florowsky 1271.
Kalkablagerungen. Reaktion des Bindegewebes in d. Nachbarschaft von kut. u. subkut., Weißenbach 1510.
Kalzinosis interstitialis 1448.
Kaninchen. Einimpfg. von Lepramaterial in die vord. Augenkammer von, Stanziale 963, Serra 966.
Karbunkel m. Exzision. Bhdlg. der, Levit 1020.
— dch. Zirkumzision. Bhdlg. großer, Heddäus 1020.
Karbunkeln. Schwefelsäure bei, J. Reynolds u. R. J. Reynolds 1245.
Karzinom. Kuprase b. inoperablem, Roiziès 1057.
— Chem. Wirkgn. v. Röntgen- u. Radiumbestrahlg. in bezug auf, Freund u. Kaminer 1056.
— d. Prostata u. Blase usw., Putzu 987.
— s. Haut-, Mediastinal-, Prostatakarzinom, Krebs.

Digitized by Google

Karzinome. Einfl. d. Hg-Präparate auf das Wachstum der Mäuse-, Skudro 1057.
Karzinomen der Blase. Chirurg. Bhdlg. v. Papillomen und, Watson 987.
Karzinoms d. Samenkanälchen d. Testikels. Histogenese des, Giacomo 1165.
Karzinoma papillare a. einer Narbe n. Verbrennung, Jaßnitzki 894.
Kastration a. d. Libido sexualis. Wirkg. der, Oberholzer 866.
Kauterisation verm. Kälte, Burnier 1241.
Keimdrüsen. Anaphylaxie der, Götzl 1269.
Keloid d. Augenlider u. Masern, Wilson 1107.
Keratoma hered. palmare et plantare, Milmann 958.
— — — — — Histologie des, Krzysztalowicz 1355.
Keratosis d. Fußsohlen b. e. blenn. Patienten, Selenew 833.
— follicularis spinulosa, Coppolino 1051.
— palmaris arteficialis, Janschek 1236.
— seborrhoica dch. Belichtung, Montgomery 1105.
Klebepflaster als Verband von Wunden, Hutchins 1054.
Kleinblasiges Exanthem auf Sumatra, Leber 1012.
Knochenbildung i. e. Narbe, Kumaris 1141.
Kochsalzes, seine Wirkg. b. gewissen Dermatosen. Oxydierende Kraft des, Brisson 1075.
Kohlensäuregefrierung u. Röntgenstrahlen. Bhdlg. von Hautkarzinomen mit, Fabry 798.
Kohlensäureschnee b. Hautkrankheiten, Bua 813, Haslund 1457.
— Neue Methode z. Anwendg. von, Sibley 838, Bogrow 1157.
— behandelt. Lichen corneo-verrucosus mit, Aja 986.
— — Nävus mit, Thomson 1322.
Kollagenen Fasern. Muzinöse Degeneration der 1454.
Kollargol 1157, 1386.
Kollikulus lokal. Entzdgn. d. Urethra posterior. Folgen der am, Orlowski 1335.
— seminalis. Entzündung des, Orlowski 837.
*Kollikuluskaustik usw. Bhdlg. d. Impotenz mit, Dreuw 1491.
Komedonen. Lanugo-, Csillag 1052.
Komplements. Einheitlichkeit des, Lorenti 841.
Komplementablenkungsversuch. Aktives u. inaktives Serum beim, Hesse 1422.
Komplementbindung. Einfluß d. Temperatur auf die, Altmann 1051.
Komplementbindungsreaktionen dch. Zusatz von chem. Subst. z. normal. Serum. Erzeugg. von, Rominger 1485.
Kongenitale familiäre Dermatose usw., 1077.
Kongreß d. Deutschen dermatol. Gesellschaft. XI., 1025. *Bericht von Nobl 1406, 1442.
— Intern. medizinischer 1090.
*— Die Dermatologie a. d. XVII. internationalen medizinischen, Nobl 1126.
— Erster deutscher Kino-, Meyer 1184.
*— d. Deutsch. Ges. f. Urologie. IV., Frank 1258, (1915) 1282.
— d. it. Gesellsch. f. innere Medizin 1490.
Konjunktivitis blennorrhagica metastatica, Savy u. Genet 1218.
Kopfhaares. Favus des, Rabello 1039.
Kopfhaut. Enzephaloide, Calle 807.
— Liqu. ferri sesquichl. b. Trichophytie der, Garrett 991.
Kosmetik 1388.
Krätze m. Xylol. Bhdlg. der, Missikow 935.
— s. Skabies.
Kraurosis vulvae u. Lichen atrophicus, Balzer u. Landesmann 1182.
Krebs u. ähnliche Fragen: Pathologie. Studien über den 1189.
— Bildg. e. neuen Blase nach totaler Zystektomie wegen, Lemoine 1336.
— d. Zunge. Syph. und, Chifoliau u. Duroeux 989.
— s. Anilinfarben-, Hoden-, Prostata-, Zungenkrebs, Karzinom.
Krebsartigen Geschwülsten. Züchtungsmethode des Blastozoon globosum aus, Behla 1024.
Krebsfällen. Bhdlg. von inoperablen, Gould 1056.
Krebsgesellschaft. Krebsspital d. k. k. österreichischen 1490.
Krebsspital der k. k. öst. Krebsgesellschaft 1490.
Kuhpockenimpfung und das Lama, Voigt 1279.
Kuhpockenpustel. Leprabazillen in einer, Merian 1280.
Kupferbehandlung d. äuß. Tuberkulose, Strauß 1281.
Kuprase b. inoperablem Karzinom, Roiziès 1057.
Kutis index morbi, Cunningham 1305.
— marmorata 801.
— verticis gyrata 807.
Kystome. Zahnkeim- 1108.

Digitized by Google

Lanugo-Komedonen, Csillag 1052.
Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtsleiden, Jeßner 1388.
Leishmania 1015.
— tropica 1414.
Leishmaniose 1015, (?), Machado 1039.
— s. Haut-.
Leishmaniosis papillomatosa, Terra 1414.
— tegumentaria, Rabello 1044, 1413, 1414.
Leper Window, Clippingdale 1320.
Lepra, Campana 1100, Lollini 1416.
— maculosa alba, Terra 1040.
— Ätiologie u. Prophylaxe der, Marghoux 1079.
— d. Augapfels, Breda 813.
— Sensibilitätsstörgn. bei, Espozel 1041.
— Tuberkulöse, Nicolas u. Bussy 1280.
— Antileprol bei, Serra 1319.
— tuberosa m. Radium u. Nastin behandelt, de Keyser 1322.
— m. Salvarsan bhdlt., Serra 813.
— a. Affen. Übertragg. der, Reenstierna 1049.
— der Ratten, Marghoux u. Sorel 965.
— a. d. azur. Küste, Gaucher 807.
— in Estland, Kupffer 963.
— in Italien, Statistik u. Prophylaxe der, 1522.
— in Serbien, Meulengracht 963.
— in Spanien. Prophylaxe der, Albi 1101.
— in Tunis, Eichmüller 963.
Leprabazillen i. d. Haut. Nachweis von, Paldrock 815.
— im Blute der Leprakranken, Rabinowitsch 1279.
— in einer Kuhpockenpustel, Merian 1280.
Lepraerregers. Kultivierbarkeit u. Morphologie des, Reenstierna 1048.
Leprafötus. Leprabazillen im Blute eines, Rabinowitsch 1279.
Leprakranken. Leprabazillen im Blute der, Rabinowitsch 1279.
Lepramaterial in die vord. Augenkammer v. Kaninchen. Einimpfg. von, Stanziale 963.
— i. d. Kaninchenauge. Einimpfg. von, Serra 966.
Lepraschau in Frankfurt a. M., Sudhoff 965.
Leprauntersuchungen. Geschichte der Kölner, Keußen 1320.
Lepröse Anaphylaxie, Gougerot 966.
Leprösen. Chirurgische Eingriffe bei, Gomes 1043.
— Niere der, de Beurmann u. Gougerot 1319.
Leprosa s. Nephritis, Hämaturia.
Leprosenordnung von Melaten b. Köln, Asen 1319.
Leukoderma colli psoriaticum, Perkel 1271.
Leukodermie. Zirkumskripte, Meachen 1178.
Leukokeratose d. Lippe. Pruritus m. Lichenifikation und, Nicolas und Moutot 1182.
Leukonychia totalis in 2 Generationen, Gutmann 1475.
Leukoplakie ohne Syphilis, Queyrat u. Bouttier 1012.
Leukozyten. Trichopoden u. Granula aestuantia i. d. menschl., Merk 837.
Lichen atrophicus. Kraurosis vulvae und, Balzer u. Landesmann 1182.
— corneo-verrucosus m. Kohlensäureschnee behandelt, Aja 986.
— nitidus, Botelli 1354.
— planus Wilson, Terra 1045, Little 1179.
— — acutus u. Lumbalpunktion, Pernet 1321.
— — d. Mundschleimhaut, Broeman 968.
— Wilson. Lichenoide Tuberkulide v. Typ. des, Vignolo-Lutati 809.
— — penis (et linguae?), Megaworian 1236.
— ruber planus, Friedländer 795, Rubinstein 1237.
— — — atypicus, Jordan 1353.
— — — u. ihre Bhdlg. Seltene Formen des, Polland 1238.
— scrophulosorum. Atypischer 809.
— — usw., Balzer u. Landesmann 1079
Lichenifikation u. Leukokeratose d. Lippe. Pruritus mit, Nicolas u. Moutot 1182.
Lichenoide Tuberkulide v. Typ. des Lichen Wilson, Vignolo-Lutati 809.
Licht i. d. Dermatologie, Kromayer 818.
— u. Hautfarbstoff, Solger 1221.
— Unsichtbare Schutzmittel geg. Veränderungen d. Haut durch, Mannich 1223.
Lid s. Ödem.
*Lipojodin. Perkutane Anwendg. des, Hochstätter 1255.
Lipomatosis diffusa d. Haut. Hypogenitalismus mit Hemi-, Bartolotti 1305.
Lippen s. Tuberkulose, Leukokeratose.
Lipoide Degeneration d. Elastins d. Haut, Kreibich 796.
Livedo annularis 801.
— figurata 801.
— reticulata 801.
Luft. Bhdlg. des Ulcus cruris mit getrockneter, Jaffé 1136.

Digitized by Google

Luftwege s. Sklerom.
Lumbalpunktion s. Lichen.
Lupoid. Boecksches, Kyrle 1444, Bloch 1447.
*Lupoidähnliche Hauterkrankgn. n. subkut. Injektionen, Oppenheim *1289, 1446.
Lupus, Delbanco 1443.
— Multipler, Sequeira 801.
— Soziale Bedeutg. u. Bekämpfg. des, Wichmann 1298.
— Die ektogene u. endogene Entstehg. des, Jadassohn 1411.
— d. Glans, Brandweiner 1451.
— d. Nase. Schleimhaut-, Walb 1281.
— Bhdlg. des, Scholtz 1301.
— m. Diathermie. Bhdlg. des, Jacobi 1412.
— nasi m. nasz. Jod. Bhdlg. des, Bedford 1282.
— Payersche Operation bei Gesichts-, Fabry 1047.
— m. Skarifikationen u. Ätzungen m. Chlorzink u. Jodtinktur. Bhdlg. des, Nicolas u. Moutot 1182.
— disseminatus 864.
— erythematoides. L. erythematodes und, Klausner 1444.
— erythematodes, Blaschko 981, Sequeira 1180.
— — Verschiedene Formen des, Gaucher 1112.
— — disseminatus, Gilmour 1139, Babadjan 1236.
— — faciei, Milmann 1236.
— — b. e. Kinde, Miller 1386.
— — u. L. erythematoides, Klausner 1444.
— — u. Raynaudsche Krankheit, Hartzell 1112.
— — u. Tuberkulose, Bloch u. Fuchs 1050.
— — Diagnose u. Bhdlg. des, Gaucher 1112.
— tuberculosus, Rabello 1045.
— vulgaris, Gilmour 834.
— — mutilans, Jaffé 982.
— — Erythem. Läsionen d. Hände bei, Gray 1179.
— — u. seine nicht ulzerösen Varietäten, Gougerot 1298.
Lupusausschuß 848, 1226.
*Lupusausschusses d. Deutsch. Zentr. Kom. z. Bekmpfg. der Tuberkulose. Sitzung des, Lautsch 1411.
Lupusbehandlung, Gaucher 1301.
— m. intrav. Inj. v. Gold- u. Kaliumzyanür, Dalla Favera 1355.
— Radium u. Mesothorium in der, Lautsch 1411.
Lupusbekämpfung in Deutschland, Nietner 1299.
— Neißer 1299, ferner 1250.
Lupusfürsorge in Oldenburg, Thedering 1300.
Lupusheilstätte u. Lupusheimstätte, Jungmann 994.
Lupusheim in Gießen 1058, Jessionek 994.
Lymphableitung 1019.
Lymphadenom d. Zahnfleisches b. e. tuberkul. Syphilitiker usw., Bory 1185.
Lymphangiome am Thorax. Pathogenese der, Zeiß 1108.
Lymphangioma circumscriptum, Mac Leod 1180.
Lymphangioplastik 1018.
Lymphangitis epizootica, Rocha-Lima 1021.
Lymphogranulomatosis, Königstein 1443.
— m. posit. Wasserm. Reaktion, Gaucher u. Weißenbach 1185.
Lymphoide Tumoren d. Haut. Multiple, Winfield 804.
Lymphom. Bronzefärbg. mit Hauttumoren b. malignem, Bowen 1384.

Maculae caeruleae inf. Ped. pubis, Campana 1101.
Mais. Wirkg. v. Diplodia zeae auf Phosphorverbindgn. des, Reed 848.
Maligne Erkrankgn. v. Zunge u. Mund, Abbe 1024.
Malum perforans plantare, Delbet 1137.
Mamilla b. Manne. Oberschenkel-, Dietschy 1058.
Marokko. Hygienische Maßnahmen in, de la Cal 1101.
Masern. Keloid d. Augenlider und, Wilson 1107.
— Giftigkeit des Harns bei, Aronson u. Sommerfeld 1279.
— u. Scharlach. Genese v. Röteln, Armbruster 1279.
Mastitis 993.
Mastzellen b. Urticaria factitia und chronica 971.
Meatotomie, Ballenger u. Elden 1159.
Mediastinalkarzinom verwechselt. Bronchopulmonäre Syphilis mit, Bensaude u. Emery 875.
Medical association, 81. Jahresversammlg. der British. Brighton, 22.—25. Juli 1913 1383.
— — American 1306.
Meerschweinchen s. Trichophytieheilung.
Meerschweinchenserums. Eigenlösende Eigenschaften des, 1422, Stern 844.

Digitized by Google

Meiostagminreaktion. Antigene f. die, Izar 845, 1058.
— m. Lezithinextrakten, Ferrari u. Urizio 1486.
— u. Wasserm. Reaktion, Bazzicalupo 1486.
Melkerknoten, Löhe 982.
Meningitis b. Erwachsenen. Diff.-Diagnose zw. syph. u. tuberkulöser, Joltrain u. Lévi-Franckel 1184.
Menstruation. Reizerscheinungen im Harnapparat wd. der, Teleky 1268.
Mercurialis s. Dermatitis, Stomatitis.
Merkblatt 1025.
Mesothorium i. d. Dermatologie, Kuznitzky 798.
— i. d. Lupusbehandlung. Radium und, Lautsch 1411.
Methylenblau, Stark 834.
Mikrofilarien des Menschen usw., Fülleborn 1142.
Mikrosporie, Zopyro 1413.
— Bhdlg. der, Fischer 800.
Mikrosporon lanosum 1413.
Milzbrand des Menschen m. bes. Berücksichtigung d. Therapie 1020.
Milzbrandähnliche Erdbazillen 1222.
Mineralbäderbehandlung der Hautkrankheiten, Manzaneque 1101.
Mischehe. Christl.-jüdische, Marcuse 865.
Mißbildungen des Harnleiters. Angeborene 986.
Mitin 1243.
Molluscum contagiosum, Aragaõ 1047, Baum 864.
— — Infektiosität des, Gundorow 1009.
— — Virus des, Leeben 1109.
— pendulum am Perineum, Leclerc-Dandoy 1109.
Morphaea 1178.
Morphea guttata, Petges 1320.
— — u. „white spot disease", Petges 1077.
Morphoeaähnliches Epitheliom, Heidingsfeld 797, 967.
Mund (Mundschleimhaut) s. Maligne Erkrankungen, Sklerodermie.
Munizipalklinik v. S. Francisco, Rosenstirn 1223.
Muskelatrophie b. e. blenn. Patienten, Selenew 833.
Muskelrheumatismus b. e. blenn. Patienten, Selenew 833.
Myiasis repens dch. Hypoderma bovis, Balzer, Dantin u. Landesmann 808.
Mykosen. Diagnose u. Bhdlg. der, Plicque 936.
— s. Dermato-.
Mykosis dch. Carethropsis hominis. Trichophytoide, Spillmann u. Jeannin 808.
— fungoides, Kraßnoglasow 1354, Blumenthal 864, Jaffé 982, Davis 1179.
— — Radiotherapie bei, Villaine 1016.
Myome des Penis. Multiple, Stavianicks 1133.
Myxödem, Whide 1113.
Myxomatösen. Erythema induratum b. einer, Thibierge u. Marcorelles 1079.
Myzetom d. Wange, Carini 813.
— d. Fußes. Schwarzkörniges, Vepere 961.
Myzetoma pedis in Japan. Klin., histol., u. bakt. Btrge. z. Kenntnis des, Dohi u. Koike 1476.

Nägel. Familiäre Dystrophie der Haare und, Eisenstaedt 1139.
Nägeln. Querfurchen an den, Lipman-Wulf 864.
Nävus m. Kohlensäureschnee bhdlt., Thomson 1322.
— linearis verrucosus, Polland 832.
— pigmentosus, Rasumowsski 815.
— sebaceus. Eigentümlichkeit i. d. Struktur d. Schweißdrüsen b. einem, Bizzozero 1143.
— syringadenomatosus papilliferus 1051.
— verrucosus unius lateris. Spontane Rückbildg. eines, Bettmann 832.
Naevi m. heißer Luft. Bhdlg. der Angiome und 1107.
— Physikalische Bhdlg. der, Ruthon 1143.
— s. Pigment-.
Nävusartige Epheliden. Pigmentierte, Mac Leod 1180.
Nävusbildung. Halbseit. Körperhypertrophie im Verein m. Varizen- und, Telford 1143.
Naftalan b. akutem Ekzem, Boruchowitsch 894.
Napoleons I. Das Sexuelle im Leben, Rohleder 1184.
Narbe n. Verbrennung. Karzin. papill. a. einer, Jaßnitzki 894.
— Knochenbildg. in einer, Kumaris 1141.
Narbenbildung. Aseptische u. septische, Greggio 1107.
Nase s. Ulcus rodens, Lupus.
Nastin s. Lepra.
Natriumarsanilat 1274.
Naturforscher u. Ärzte. 85. Versammlg. deutscher 970, 86. Vers. 1250.

Digitized by Google

Nebenhodens. Primäre Tbc. d. Samenkanälchen des Hodens und, Balliano 1165.
Nebenhodenentzündung m. Virusvakzine v. Besredka. Bhdlg. d. blennorrh., Cruveillier 1218.
Neger s. Albino, Tripper, Venerische Erkrankungen.
*Nekrolog für Eduard Schiff von Rille 915; Louis A. Duhring von Stelwagon 916; Jonathan Hutchinson von Pringle 956; Henri Tenneson von Sabouraud 1472; Louis Wickham von Degrais 1508.
Neoplasma d. Niere. Kirschgroßes, Jeanbrau u. Etienne 1085.
— s. Geschwulst, Neubildung, Tumor.
Neoplasmen der Haut, Herxheimer u. Schmidt 1224.
Neosalvarsan, Lier 927, Marschalko 927, Dreyfus 928.
— Salvarsan und, Ehrlich 1240, Mondschein 1246.
— Altsalvarsan oder, Isaac 983.
— b. Malaria u. Syphilis, Iwanow 929.
— b. Tripper, Janet u. Lévy-Bing 1219.
— behandelt. Tripperrheumatismus mit, Lévy-Bing u. Duroeux 989.
— b. Tuberkuliden, Ravaut 1082, 1321.
— Apparat für, Welfeld 988.
— Anwendungsart des Salvarsan und, Stern 1246.
Neosalvarsaninjektion. Epidurale, Kranzfeld 959.
Neosalvarsan. Intramuskuläre Methode, Kaufmann 1247.
— Neue Methode d. intraven. Injekt. von, Ravaut 1247.
*— Intraven. Injekt. von konzentriertem, *Joseph 1176, Cohn 1177.
Neosalvarsanlösungen. Konzentrierte, Ravaut u. Scheikevitsch 809, Ravaut 921.
Neosalvarsan. Nebenwirkngn. des, Obermiller 1102.
— Toxizität des, Milian, Girauld u. Duret 1080.
— Rezid. skarlatinif. Erythem nach, Bulliard 1321.
— Hepatitis nach, Rouvière 1321.
— Neuritis optica nach, Milian 1181.
— Späthemiplegie, Tod, Carle 811.
— Todesfälle nach, Tomasczewski 800.
Neosalvarsanvergiftung, Wahle 1247.
Nephrektomie wg. Tuberkulose. Renale Hämaturie nach, Peña 1087.
— ohne Dränage wg. Nierentuberkulose, Mock 1337.
Nephritis. Experimentelle, Cortett 1479.
— Chirurg. Indikationen bei chronischer, Pousson 1084.
— chronica. Chlorretention bei, Widal u. Weißenbach 1084.
— leprosa haematurica 1319.
Nephrolithiasis im Kindesalter, Ollerenshaw 1213.
Nephrolithotomie dch. Dauerkatheter. Heilung einer Nierenfistel nach, Boeckel 1517.
Nephroptosen, Necker 1268.
Nephrostomie z. dauernd. od. vorübergeh. Harnableitung, Pakowski 1336, 1516.
Nephro-Ureterektomie 837.
Nervenendigungen d. Haut u. Schleimhaut d. Zunge u. des weichen Gaumens beim Krokodil, Hulanicka 1220.
— — — b. Blastomen des Unterhautbindegewebes, Fusco 1109.
Neubildungen. Nichtoperative Bhdlgsmethoden d. bösartigen, Werner 1023.
— i. d. Genitalsphäre. Kombination des Scheinzwittertums mit, Zucker 1272.
— s. Geschwülste, Neoplasmen, Tumoren.
Neugeborener. Akute Infektionen 993.
Neuritis optica s. Neosalvarsan.
Neurofibromatose, Lier 1452.
— Multiple, Magni 1106.
Neuromyxofibrosarkomatose. Familiäre multiple, Mathies 1090.
Neurorezidive 926.
Neurotische Exkoriationen, Davis 1179.
Niere. Auskultation der, Cathelin 1481.
— Embryonale Adenosarkome der, Bloom 1479.
— Blennorrhoeerkrankgn. der, Townsend u. Valentine 835.
— Hydronephrose m. Steinen b. fast völlig. Fehlen der, Marion 839.
— Akute hämatogene Infektionen der, Brewer 1387.
— Verkalkte, Stewart 1481.
— d. Leprösen, de Beurmann u. Gougerot 1319.
— Kirschgroßes Neoplasma der, Jeanbrau u. Etienne 1085.
— Akute sept. Infektion der, Joseph 1332.
— Blutzyste u. seröse Zyste der, Giuliani 1083.
— Unilat. vielf. Zystenbildg. an der, Barnett 1478.
Nieren b. Tuberkulösen. Anatomie u. physiol. Pathol. d. amyloid. Degen. der, Rist u. Léon-Kindberg 1082.
— Überzählige, Suter 1183.
Nierenabszeß. Sporotrichose mit, Durand 990.

Digitized by Google

Nierenaffektionen. Harnstoffkoeffizient im Urin bei Herz- und, Bret u. Boulud 1186.
Nierenarterien. Fall v. Nierenblutung m. 3 abnormen, Harpster 1478.
Nierenarteriosklerose, Schwarzwald 1269.
Nierenbecken u. Ureteren. Apparat zur Injektion u. Spülung der, Thomas 1193.
Nierenbeckens. Primäre Tumoren des, Mock 1084.
— Sek. Koliinfektion des, Bloch 1269.
Nierenblutung m. 3 abnormen Nierenarterien. Fall von, Harpster 1478.
Nierenblutungen b. Hämophilen, Mansiewicz 1514.
Nierenchirurgie 1912, Wagner 818.
Niereneiterungen, Cohn 1269.
Nierenentzündung. Einseitige chron. schmerzhafte, Taddei 1183.
Nierenfistel n. Nephrolithotomie durch Dauerkatheter. Heilg. einer, Boeckel 1517.
Nierenfunktion. Phenolsulfophthaleinprobe zur Prüfung der, Roth 1268.
Nierengefäße f. Entstehg. u. Entwicklg. d. Hydronephrose. Bedeutg. der anormalen, Borelius 987.
Nierenkapselgeschwülste, Dumont 1386.
Nierenoperationen. Indikat. u. Kontraindikationen der, Legueu 1189.
Nierenparenchym. Wirkg. d. Kollargols bei direkt. Injektion ins, Schachnow 1386.
Nierenprüfung. Funktionelle, Chiray 1089.
Nierenröntgenogramms. Irrtüml. Deutg. eines, Wischnewsky 1514.
Nierenstein. Großer, J. u. S. Ratera 1213.
Nierensteine, die keine Erscheinungen machten. Große, Pillet 1086.
— Genaue Diagnose d. Ureteren- und, Eastmond 1327.
— Bhdlg. der, Kretschmer 1480.
Nierentuberkulose, Rovsing 1009, Karo 1329.
— b. Kinde. Chirurg., Oraison 1086.
— Neue Methode z. Diagnose der, Buerger 839.
— im Anfangsstadium. Diagnose u. Bhdlg. d. Blasen- und, Wildbolz 1324, Rochet 1387.
— Spontane Heilbarkeit der, Harbitz 1325.
— Nephrektomie ohne Dränage wegen, Mock 1337.
— Spezif. Bhdlg. der, Gauthier 1516.
Nierentumor. Komplizierter, Romano 817.
Nierenzysten, Dominici 1359.
Nilbraut. Die, Lipa Bey 865.
Noviform i. d. Dermatol. u. bei vener. Erkrankungen, Milota 1178.

Ödem d. Lider, Vandegrift 1248.
— s. Elefantiastisches.
Ohr s. Zona.
Ohrmuschel s. Epitheliom, Ekchondrom.
Onanie. Larvierte, Steckel 1183.
Onychogryphosis. Idiopathische, Steinhaus 1236.
— b. e. Paralytiker, Megaworian 1236.
Ophthalmiem. Gonokokkenvakzine. Bhdlg. der blennorrh., Mittendorf 1218.
Opsonogen 1010.
Orchitis desquamativa blennorrhoica 1296.
Orientbeule, Ufferte u. Pellier 1076, Petersen 1449.
— i. d. Provinz Palermo, Cipulla 1014.
— m. Salvarsan. Bhdlg. der, Petersen 1015 (Bis).
Oxalatigenes. Bazillus, Sandro 1170.
Oxalurie bakt. Ursprunges sein? Kann die, Sandro 1170.

Page Bill d. Staates New York, Bierhoff 1325.
Pagetscher Krankheit. Extramammaler Fall von, Grintschar 1156.
Pantoponerythems. Ätiologie des, Klausner 1052.
„Papierwissenschaft". Typischer Fall von, Unna 966.
Papillom am Ureter. Primäres, Suter 837.
— s. Blase, Blasenpapillom.
Paraffininjektionen. Beseitigg. d. Emboliegefahr bei, Hartung 1426.
Parakeratosis psoriasiformis symmetrica, Morelle 1322.
Parapsoriasis, Dagajew 1512.
— Brocq, Wisniewski 1356.
— lichenoides, Karschin 1358.
— — en gouttes b. e. Syphilitikerin, Perkel 1156.
— — — à squames adhérentes, Perkel 1235.
— en Plaques disseminées. Brocqsche, Little 801.
— — — Milmann 959, Mühlmann 1009.
Paravesikale, chron. entzdl. Bauchdeckengeschwülste, Hock 1324.
Pedikuli pubis. Maculae caeruleae inf., Campana 1101.
Pedikulosis u. impetigin. Hautmanifestationen, Sabella 1141.
Peladoide Alopezie, Martinotti 1137.

Digitized by Google

Pellagra, Volpino 1272, Robbins 1273.
— in Durham. Abteilg. für 1394.
— in Illinois 1249.
— Ätiologie der, Perroncito 960.
— Bhdlg. der, Dyer 1274, Niles 1274.
— Spezif. Bhdlg. der (Salvarsan), Martin 1274.
Pellagrae. Evolutionszyklus d. Streptobazillus pleomorphus, Tizzoni 961, Tizzoni u. Deangelis 1273.
— Biologie u. Morphologie des Streptobazillus, Tizzoni u. Deangelis 1250.
Pellagrakranken. Blutbefunde bei, Hillmann 1249.
Pellidol b. Ekzem 935.
Pemphigoids. Ätiologie des, Hoffmann 1456.
Pemphigus 993.
— Varietät des dystroph. kongenitalen usw., Nicolas, Moutot u. Charlet 1077.
— m. Epidermiszysten. Famil. kongenit., Balzer u. Landesmann 1081.
— Seltene Dissemination des, Bessonow 1295.
— m. Salvarsan. Bhdlg. des, Lindemann 992.
*— Bakt. Untersuchgn. über, Copelli 995.
— Körperchen v. Lipschütz bei, Sternberg 991.
— chronicus. Protozoenbefunde bei, Lipschütz 991.
— — Ätiologie und Pathogenese des, Longo u. Speciale 1415.
— foliaceus. Salvarsan bei, Bessonow 1295.
— neonatorum 1456.
— vegetans 1452.
— vulgaris, Jaffé 982.
Pemphigusähnliches Exanthem bei Abdominaltyphus. Akutes, Reuter 795.
Penis plastica. Induratio, Verth und Scheele 1158.
— Urethralfistel nach Ligatur des, Verrier 1159.
— s. Gangraena, Lichen planus, Myome, Tuberkulose, Ulkus, Ulcus molle.
Penisgewebes b. Diabetikern. Gangrän. Phlegmone d. perikavernösen, Brault 1159.
Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, Ruete 1510.
Perinephritis. Schmerzhafte, sklero-adipöse, Nicolich 1087.
— d. Hilus, Peusson 837.
Perineum s. Molluscum pendulum.
Phenolsulfophthaleinprobe 1268.
Phlegmonenbehandlung d. ob. Extremität, Haun 1019.
Pian in Tripolitanien, Mazzolani 993.
Pigmentbildung. Vikariierende Haar- und, Christ 1049.
Pigmentfrage. Gegenw. Stand der, Meirowsky 1220.
Pigmentgehalt. Reizbarkeit d. menschl. u. tier. Haut und, Hanawa 1238.
Pigmentnävi. Entstehg. der, Kyrle 1456.
Pigmentverteilung an den Voigtschen Linien, Matsumoto 1455.
Pigmentwarzen wd. d. Schwangerschaft. Multiple, Ward 802.
Pilzfärbung 1221.
Pittylen bei Pruritus vulvae, Herzberg 1141.
Pityriasis rubra pilaris, Vignolo-Lutati 838.
— versicolor. Bhdlg. der, Oppenheim 936.
Plasmazellen 869.
Plica neuropathica. Abnorme Haarflechte und, Sibley 988.
Pocke. Ätiologie d. Samoa-, Prowazek 1021.
Poikilodermie 1449.
Poikilodermia atrophicans vascularis 1454.
Poliklinik für Harnkranke in Straßburg, Adrian 1478.
Polypen s. Urethra.
Porokeratosis Mibelli, Isaac 981.
Praktikum der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Oppenheim 1416.
Prophylaxe d. vener. Krankheiten. Persönliche, Müller 1327.
Prostata. Bhdlg. der, Muren 1329.
— Karzinom der, Putzu 987.
— Nervöse Symptome b. Erkrankung der, Dercum 1168.
— Steine der, Moucharinsky 1010.
— Totalenukleation der, Freyer 1170.
Prostataabszesse, Allmond 1332.
Prostataatrophie, Caesar 1113.
Prostataelemente b. Urethrorrhoea ex libidine, Pfister 1168.
Prostataerkrankungen im Anfangsstadium. Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen, Kümmel 1386.
Prostataextraktes. Vasodiladat. Eigenschaft des, Hallion, Morel u. Papin 1168.
Prostatahypertrophie. Anatomie der, Englisch 1183, 1477 (Bis).
Prostatakarzinom. Zystotomia suprapubica bei, Cumston 1169.
Prostatakrebs. Radium bei, Pasteau u. Degrais 1336.
Prostataringmesser f. d. suprapub. Prostatektomie, Grunich 1170.
Prostatastein b. einer Striktur. Großer, Jaubert u. Beaujeu 1088.
Prostatasteine. Chirurgie der, Steiner 817.

Digitized by Google

Prostatektomie. Technik d. hypogastr., Bensa 840.
— Verzögerte Heilg. der Blase n. suprapubischer, Thévenot u. Lacassagne 1083.
— Anästhesie b. der, Grandjean 1088.
— Entfernte Resultate der transvesikalen, Constantinescu 1169.
— b. hohem Blasenschnitt, Fullerton 1170.
— Prostataringmesser f. die suprapubische, Grunich 1170.
— Indikationsstellg. d. suprapubischen, Thelen 1263.
— Nachbhdlg. der suprapubischen, Marion 1515.
Prostatikern m. kompl. Retention. Gefahren d. Entleerung der Blase bei, Negrete 1169.
Prostatismus. Pathogenese des, Deton 1186.
Prostatitis. Jodipin per clysma bei, Fischel 1168.
— Nichtoperative Bhdlg. der, Snow 1361.
Prostatotomie, Harpster 1169.
Prostituierten. Infektionen von latentsyphilitischen, Bruck 901.
— Obligat. Wassermann bei Kontrolle der, Müller 1224.
— Mikroskop. Blennorrhoekontrolle der, Güth 1325.
*Prostitution. Grundsätzl. z. Frage der, Kießling 1035.
*— jugendl. Mädchen u. ihre Bekämpfung, Rupprecht 1154.
— Kenntnis u. Bhdlg. der, Müller u. Zürcher 1326.
— in Bremen. Sanitäre Überwachung der, Weidanz 1326.
— in Japan, McMurtrie 1223, 1226.
— in Zürich 1326.
Prostitutionsreglement vom 1. Juni 1911. Das neue Wiener, 1326.
Protozoenbefunde bei Pemphigus chronicus, Lipschütz 991.
Prurigo ferox, Feldmann 958, Babadjan 1237.
Pruritus d. Tabiker. Einf. u. komplizierter, Duprey 1140.
— m. Lichenifikation u. Leukokeratose d. Lippe, Nicolas u. Moutot 1182.
— cutaneus. Hygien. u. medikament. Bhdlg. des, Plicque 1140.
— vulvae, Stein 834.
— — Ovariale Opotherapie i. d. Bhdlg. des, Baresch u. Buia 1140.
— — m. Pittylen. Bhdlg. des, Herzberg 1141.
Pseudoelefantiasis. Fuso-spirilläre Assoziationen bei, Bevacqua 1107.
Pseudofurunculosis Finger, Schiperskaja 1008.
Pseudoleukaemia cutis, Lulkimacher 1236.
Pseudopelade Brocq, Heller (Bis) 981.
Pseudotuberkulöse Manifestationen b. Erbsyphilitischen, Le Fort u. Bachmann 1390.
Pseudoxanthoma elasticum 808.
Pseudozystitis dch. funkt. Blaseninsuffizienz, Reynès 1358.
Psoriasis, Epstein 931.
*— Forschungsergebnisse über, Schamberg, Kolmer, Ringer u. Raizies 1283.
— ein Hautsymptom konst.-bakt. Erkrankgn. oder e. echte Hautkrankheit? Ist die, Hübner 930.
— eine Neurose, Cunningham 929.
— Bhdlg. der, Breßlen 932, Brocq u. Simon 932, Oppenheim 936.
— geheilt werden? Kann, Ravogli 804.
— m. Bädern aus medik. Emulsionen. Bhdlg. der, Wilmet 932.
— Eisessig bei, Cregan 932.
— m. Salvarsan bhdlt. —, Serra 813.
— vulgaris, Zürn 795, Landesmann 959, Glawtsche 959.
— — Nitrogen- und Schwefelstoffwechsel bei, Gebler 799.
— — Infektionserreger der, Serkowski u. Wisniewski 930.
— — Strahlenbhdlg. der, Freund 932.
— s. Schuppenflechte.
Psoriaticum. Leukoderma colli, Perkel 1271.
Psoriasisfamilienstamm, Engmann 1295.
Psoriasiskranken. Ehrmannsches Froschaugenphänomen im Blutserum von, Sommer 931.
Puerperium s. Erysipel.
Purpura nach Trauma, Oliver 1211.
— annularis telangiectodes, Nobl 1450.
*Purpuraexanthem n. Bals. Copaivae, Odstrčil 1066.
Pyelonephritis wd. d. Schwangerschaft, Le Fur 1087.
— Bhdlg. der, Cohn 1476.
Pyelotomie, Oelsner 986.
Pyodermatosen in Tripolitanien, Mazzolani 993.
Pyodermitis m. Fuchsin. Bhdlg. der, Triboulet 1011.
Pyonephrose 1056.
— Schwangerschaft, Scharlach, Flouquet 1189.
Pyonephrosen. Neue Befunde üb. die Ätiologie d. Hydro- und, Michailow 1009.

Digitized by Google

Quecksilberpräparate a. d. Wachstum der Mäusekarzinome. Einfluß der, Skudro 1057.
Quinckesche Krankheit u. Schwangerschaft, Ballerini 1248.

Rachianästhesie 1088.
Radioaktiven Substanzen. Bhdlg. maligner Tumoren mit, Caan 1023.
— — b. Mund- u. Zahnkrankheiten. Anwendg. der, Levy 1426.
Radiodermitis des Gesichts m. d. biokinet. Methode bhdlt. Sklerosierende, Jacquet u. Debat 1081.
Radiographie der Harnwege, Judt 1009.
Radiotherapie bei Mykosis fungoides, Villainne 1016.
Radium i. d. Dermatologie, Kromayer 818.
— i. d. R. Infirmary zu Edinburgh, Turner 1241.
— Bhdlg. volum. erektiler Angiome mit, Wickham, Degrais u. Slavik 1107.
— Bhdlg. e. Fibroangioms mit, Jacob 1106.
— b. Lepra tuberosa, de Keyser 1322.
— u. Mesothorium in der Lupusbehandlung, Lautsch 1411.
— b. Prostatakrebs, Pasteau u. Degrais 1336.
Radiums. Biolog. Wirkgn. des, Arzt u. Kerl 1241.
Radiumbestrahlung in bezug auf Karzinom. Chem. Wirkgn. von Röntgen- und, Freund u. Kaminer 1056.
Radiumwirkungen b. Hautkrankheiten, Vollmer 800.
*Raphe. Histologie d. kongenit. Schleimhautzysten a. der, Matzumoto 1171.
Rassenhygiene in Nordamerika, Hoffmann 1483.
Rassenveredlung und Sexualreform, Hallermeyer 1323.
Raynaudsche Krankheit auf wahrscheinl. syph. Basis, Weber 801.
— — Lupus erythematosus und, Hartzell 1112.
Raynaudsches Syndrom u. Syphilis, Semon 869.
*Reglementierung d. gewerbsmäß. Unzucht, Schmölder 860.
Reizbarkeit d. menschl. u. tier. Haut u. Pigmentgehalt, Hanawa 1238.
Rektum s. Tuberkulose.
Renalen Blutdrucksteigerg. Lokalis. Hypertrophie d. linken Ventrikels im Beginne einer, Widal u. Raulot-Lapointe 838.
Resorzin 805.
Retentio urinae. Nebenwirkg. des Urotropins bei, Bogrow 1512.
— — usw., Mucharinsky 1515.
— — s. Harnverhaltung.
Rheumatismus nodosus im Kindesalter, Berkowitz 1021.
Rhinophyma usw., Kyrle 1132.
Rhinosklerom, Lulkimacher 1271.
— Reakt. v. Bordet-Gengou bei, Ssutejew 816.
— s. Sklerom.
Rhinoskleromfällen. Mikrosk. Präparate von, Morris u. Dore 801.
Riesenwuchs. Angeboren. partieller, Weihe 1105.
Riesenzellentumoren n. subkut. Einspritzgn. eines Arsen-Eisenpräparates, Oppenheim 798.
Röntgenarzt üb. d. X-Erythem wissen? Was soll der Nicht-, Becker 1276.
Röntgenbehandlg. von Hautepitheliomen. Hohe Dosen bei der, Mac Kee u. Remen 1057.
Röntgenbestrahlung der Aktinomykose, Levy 1017.
— in bez. auf Karzinom. Chem. Wirkgn. v. Radium- und, Freund u. Kaminer 1056.
— Entgiftg. des tuberkul. Herdes durch, Iselin 1280.
Röntgendiagnostik bei Ureterstein, Weisz 1265.
Röntgenstrahlen i. d. Dermatologie, Kromayer 818.
— Bhdlg. v. Hautkarzinomen m. Kohlensäuregefrierg. und, Fabry 798.
— geheilt. Tinea tonsurans mit, Mc Leod 801.
— behandelt. Weiche Schanker mit, Queyrat u. Bouttier 1016.
— i. d. Urologie, Goerl 1056.
Röntgenstrahlendosimetern. Optisch korrekte Ablesung von Farbänderungen bei, Bucky 1194.
Röntgentherapie in der Dermatologie. Die, Nemenow 1008.
— d. Milz. Bhdlg. d. kongenit. hämolyt. Ikterus durch, Parisot u. Heully 1142.
Röntgenverbrennungen. Schwere, Heuck 1276.
— Klinik u. Histologie schwerer, Pagenstecher 1276.
Röntgenogramm s. Nieren-.
Röntgenologie im Dienste d. urolog. Chirurgie, Rubaschow 1324.
Röteln, Masern u. Scharlach. Genese von, Armbruster 1279.
Rotlauf b. Menschen. Schweine-, Fisser 1017.
— s. Erysipel.

Digitized by Google

Rotz d. Haut u. Gelenke. Chronischer, Stein 1050.

Sabouraud-Noiréschen Tabletten. Fehlerquelle beim Ablesen der, Gunsett 1194, Holzknecht 1426.
— — Pastille gegeb. Farbentöne genau festzulegen. Methode, die bei der, Corbett 1210.
Salbengrundlagen. Wasserhaltige 1243.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan, Post 918, Ehrlich 918, Kren 919, Trzcinski 1246, Eliasberg 1476.
— IV. 928.
— in der Praxis, Stokar 920.
— oder Neosalvarsan. Alt-, Isaac 983.
— u. Neosalvarsan, Ehrlich 1240, Mondschein 1246.
— Quecksilber und, Finger 1245.
— a. d. kapillaren Gefäße. Einfluß von, Lebedew 1295.
— Organotropie u. Parasitotropie des Atoxyl und, Igersheimer 1245, Ullmann 1245.
— a. Injektionsorte. Schicksal von, Motcki 1477.
— Klin. u. tierexperim. Btrg. zur Toxikologie des, Miedreich 799.
Salvarsanfrage. Zur, Kiß 920.

II. Therapie.

Salvarsan. Framboësieheilg. durch, Koch 1014.
— b. Syph. u. Malaria, Bulgakow 921.
— — Ménièrscher Krankheit, Milian 1520.
— Bhdlg. d. Orientbeule mit, Petersen 1015 (Bis).
— b. Pellagra, Martin 1274.
— Bhdlg. des Pemphigus mit, Lindemann 992.
— b. Pemphigus foliaceus, Bessonow 1295.
— — Sklerom d. ob. Luftwege, Lubliner 1246.
— Bhdlg. d. Ulcus molle mit, Dubois 1016.
— u. Ulcus tropicum, Werner 1015.
— bei Ulzerationen, Alston 1019.
— Heilg. d. Verrucae planae durch, Loeb 1105.
— b. geschwür. Prozessen dch. die Vincentsche Symbiose, Aßmy u. Kyritz 1019.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsan. Dosierg. von, Leredde 806.
— u. Neosalvarsan. Anwendungsart des, Stern 1246.
— Apparat für, Attix 988.
— in öliger Suspension. Intramuskul. Injekt. von, Balzer 922.
Salvarsanapplikation. Neue Methode der, Sterling u. Jermutowicz 921.
Salvarsaninjektionen. Intramuskuläre, Bertarelli 1185.
*— Konz. intravenöse, Stern 792, 1006, *Erwiderung, Strauß 793, *Linser 915.
Salvarsanverabreichung. Exp. Studien üb. innerliche, Kolmer u. Schamberg 1245.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Nebenwirkgn. bei, Ehrlich 918, Obermiller 1102.
— Wirkl. u. angebl. Schädigungen durch, Schmitt 1483.
— Pathogenese d. Unfälle nach, Wechselmann 1482.
— Kleine Zufälle nach, Leredde 806.
— Hepatitis nach, Rouvière 1321.
— Ikterus nach, Covisa 985.
— Verlauf d. Infiltrate n. subkut. Anwendg. von, Morosow 1156.
— Störgn. d. Nervensystems nach, Aßmann 926.
— Exp. Untersuchgn. üb. die Neurotropie des, Morel u. Mouriquand 925.
— Polyneuritis der Hirnnerven nach, Bory 990.
— Erweichgsprozesse im Rückenmark b. e. Syphilitiker nach, Newmark 925.
— Zerebrale Erkrankgn. nach, Caesar 962.
— Organotropie u. Parasitotropie des Atoxyl und, Igersheimer 1245, Ullmann 1245.
— Taubheit nach, Clapp 926.
— Todesfälle nach, Tomasczewski 800.
Salvarsantod. Organveränderngn. beim, Ruh 1247.
Salvarsantodes. Untersuchgn. bzgl. des, Marschalkó u. Veszprémi 925.
Salvarsantodesfall 926.
Salvarsantodesfälle. Pathogenese der, Wechselmann 1190.
Salvarsan. Klin. u. tierexperim. Btrg. zur Toxikologie des, Miedreich 799.
Salvarsanseuche, Kanngießer 1338.
Samens. Bestandteile des, Selenew 1296.
Samenbläschen. Chron. Entzdg. der, Hyman u. Sanders 1167.

Digitized by Google

Samenblasenzyste. Intravesikale, Czinner 1269.
Samenhügels. Pathologie des, Heller u. Spring 1270.
Samenkanälchen d. Hodens u. Nebenhodens. Primäre Tbc. der, Balliano 1165.
— d. Testikels. Histogenese des Karzinoms der, Giacomo 1165.
— s. Ductus seminales.
Samenstranges. Sarkom der Scheidenhaut des Hodens u. des, Bayer 1165.
— Benigner Tumor des, Ciaccio 1167.
— s. Funiculus.
Sarkoide, Sachs 1447.
— s. Haut.
Sarkoidem Typus. Multiple Hauttumoren von, Brault u. Argaud 1076.
Sarkom d. Scheidenhaut des Hodens u. des Samenstranges, Bayer 1165.
— s. Adeno-.
Sarkomatose s. Haut-.
Sarkomatosis cutanea idiopathica multiplex, Azúa 1416.
Schankers. Bhdlg. des weichen, Meschtschersky 1512.
— Behandlungsmethoden des weichen, Combres 1016.
— m. Röntgenstrahlen behandelt. Weiche, Queyrat u. Bouttier 1016.
Schankroiden. Diagnose u. Bhdlg. von, Scholtz 835.
Scharlach, Somerset 1278.
— Pyonephrose, Schwangerschaft, Flouquet 1189.
— im Abschuppungsstadium ansteckend? Ist, Mead 1278.
— Genese von Röteln, Masern und, Armbruster 1279.
Scharlachrot, Dobralowskaja 1244, Stark 834.
*Eduard Schiff †, Rille 915.
Schilddrüse b. Säuglingsekzem 935.
Schönheitspflege, Orlowski 1104.
Schuppenflechte. Bhdlg. der, Jungmann 931.
— s. Psoriasis.
Schwangerschaft s. Pigmentwarzen, Pyelonephritis, Pyonephrose, Quinckesche Krankheit.
Schwefel 969.
*— gegen Gonorrhöe. Kolloidaler, Hedén 1003.
Schweines. Schrotausschlag des 1509.
Schweißes. Physiologie der Schweißdrüsen u. des, Kittsteiner 1297.
Schweißdrüsen b. e. Naevus sebaceus. Eigentümlichkeit i. d. Struktur der, Bizzozero 1143.
— u. d. Schweißes. Physiologie der, Kittsteiner 1297.
Seborrhoica s. Keratosis.
Seborrhoicus. Mikrobazillus 1074.
Seife als Ursache des Hautjuckens, Buttersack 1140.
*Sekretion. Beziehgn. einiger Hautkrankheiten z. d. „inneren" —, Poór 779, 826.
Septikaemia blennorrhoica, Gomes 1046.
Serodiagnostik d. blennorrh. Erkrankgn., Finkelstein u. Gerschun 895.
Serologie u. Vakzinetherapie i. d. Urologie, Michaelis 1259, Volk 1259.
*Serum, Eigenblut u. Natr. nucleinicum. Herabsetzg. der Empfindlichkeit der Haut usw. dch. Injekt. von Eigen-, Spiethoff 1227.
— v. Menschen b. hämorrh. Krankh. im Kindesalter. Normales Blut-, Welch 1275.
— bei juckenden Dermatosen. Normal-, Ullmann 1454.
Serums. Therapeut. Verwendg. d. Eigen-, Spiethoff 1242.
Sexualis. Psychopathia, Sibley 1360.
— Wirkg. d. Kastration auf die Libido, Oberholzer 866.
Sexualforschung. Internat. Gesellschaft für 1458.
Sexualhygienischen Literatur. Index bibliographicus der, Loeb 1325, 1326.
Sexualleben d. russisch-jüdischen Studentenschaft, Lestzinsky 1325.
Sexualpädagogische Tätigkeit der Deutsch. Ges. zur Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten, Chotzen 1477.
Sexualreform. Rassenveredlung und, Hallermeyer 1323.
Sexualwissenschaft und Eugenik. Ärztl. Gesellschaft für 1282.
Sexualwissenschaftlichen Terminologie. Falsche oder mißverständl. Sprachgebräuche i. der, Schouten 866.
Sexuell Perverser. Wert der Autobiographien, Sadger 1337.
Sexuelle Anpassung, Fehlinger 866.
— Moral d. primit. Stämme Indonesiens, Berkusky 866.
— Totalabstinenz 1323.
— Verführg. d. Kinder dch. Dienstboten, Kossak 867.
— Verirrungen b. Vögeln in den Tropen, Heim 1323.
*Sexuelles u. Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren, Notthafft 1339, 1366, 1522.
Silbernitrat i. d. Dermatologie, Sabella 1244.
Skabies. Bhdlg. der, Oppenheim 936.
— m. Ristin. Bhdlg. der, Roth 936.
— m. Salizylnikotinseife Kade. Bhdlg. der, Kall 936.

Digitized by Google

Skabies. Kopra-, Castellani 936.
— norvegica, Radaeli 1100.
— s. Krätze.
Skarlatiniformes Erythem n. Neosalvarsan. Rezidivierendes, Bulliard 1321.
Skarlatinöser Ausschlag dch. Terebinthina veneta, Angus 1277.
Skiagraphie d. Ductus seminales, Belfield 1166.
*Sklerodaktylie. Knotenförmige Hautverdickungen bei, Lipschütz 851.
Skleroderma. Ungewöhnliches, Cunningham 1111.
Sklerodermie, Italinsky 1511.
— Bandförmige ulzerierte, Hoffmann 1112.
— der Zunge und Mundschleimhaut, Vignolo-Lutati 1132.
— m. subkut. Kalkablagerungen, Hunter 1111.
— m. Trismus, Bériel u. Drey 1111.
— b. sekund. Syphilis, Brocq, Fernet u. Maurel 1180.
— Syphilis und, Jeanselme u. Touraine 1181, 1488.
— m. Coeliacin. Bhdlg. der, Kölle 1112.
Sklerodermia circumscripta. Multiple kleinfleckige, Kretzmer 1455.
Sklerom, Jurasz 1013.
— der oberen Luftwege. Salvarsan bei, Lubliner 1246.
— s. Rhinosklerom.
Skleromfrage in Rußland, Juergens 1013.
Skorbut, Hämophilie u. progress., perniziöse Anämie, De Renzi 1275.
Skrofulo-tuberkulöse Halslymphdrüsenschwellung usw., Balzer u. Landesmann 1079.
Spermatozoenfärbung, Bohne 1168.
Spermatozystitis. Blennorrhagische, Luys 1517.
Spirochätenkrankheiten. Chemotherap. Wirkg. v. organ. Antimonpräparaten b. Trypanosomen- und, Uhlenhuth, Mulzer u. Hügel 1243, Hügel 1453.
Sporotrichose, Wideröe 937, de Beurmann u. Fulconis 938, Bremener 990, Kupernik 1007, Rabello 1042, Hecht 1051, Kupernick 1295.
— m. multiplen dissem. Gummen. Generalisierte, du Bois 938.
— m. Nierenabszeß, Durand 990.
— Mikrobiologie der, Wjewiorowski 1007.
Sporotrichosen. Exp. Untersuchgn. üb. die, Dagata 961.
Spülansatz. Universal-, Lewin 817.
Staphylodermia vegetans 1452.
Staphylokokkenhautabszesse d. Säuglinge. Immunotherapie d. multiplen, Szily 1020.
Staphylokokkeninfektionen. Schwefelsäure bei, J. Reynolds u. R. J. Reynolds 1245.
Staphylokokkenvakzin „Opsonogen". Bhdlg. d. Furunkulose u. der Sycosis coccogenes m. dem, Zweig 1010.
Staphylokokkenvakzine. Modifikation der, Wolfsohn 1242.
Staphylomykosen d. Harnwege, Goldberg 833.
Stein s. Blasen-, Harn-, Harnröhren-, Harnsäure, Nieren-, Prostata-, Ureter-, Urinstein.
Steine im Beckenteile d. Ureters. Chirurg. Bhdlg. der, Lemoine 839.
— im intrapariet. Teile d. Ureters, Pascual 839.
— d. Prostata u. Urethra prostatica, Moucharinsky 1010.
— Mechanische Ursachen d. Entstehg. der, Frank 1264.
— in e. Blasenzelle. Kleine, Girard 1359.
Steinen b. fast völlig. Fehlen d. Niere. Hydronephrose mit, Marion 839.
— Großes Blasendivertikel mit, Nogier u. Reynard 839.
Steinbildung. Urethrale u. periurethrale, Pedersen 1160.
Steinkohlenteer s. Teer.
Sterilisation halbweicher Instrumente. Aufbewahrg. und, Dufaux 816.
Stomatitis 993.
— mercurialis. Prophylaxe der, Bernheim 983.
Strahlenbehandlung der Psoriasis vulgaris, Freund 932.
— d. Akne vulgaris, Thedering 1012.
Streptobazillus. Klin. bakt.-serol. Studien üb. Ulcus molle u. Ducreyschen, Ito 797.
— pleomorphus pellagrae 961, 1250, 1273.
Streptokokkeninfektionen. Schwefelsäure bei, J. Reynolds u. R. J. Reynolds 1245.
Striktur d. Harnröhre. Traumatische, Cochez 1087.
— Großer Prostatastein b. einer, Jaubert u. Beaujeu 1088.
— s. Harnröhren-, Urethral-.
Strikturen d. Harnröhre u. Geschlechtsfunktionen b. Manne, de Meo 817.
— — — Thiosinamin bei, Lévy-Weißmann 1083.
— d. Ureters, Desnos 1085.
— Komplikationen bei weiten, Debeaux 1518.
Subkutane Knötchen. Multiple, Little 801.
Sublimatinjektionen a. die Schutzstoffe des Organismus. Einfluß d. intravenösen, Kalledey 1225.

Digitized by Google

Suburethraler Abszeß 1188.
Sykosis coccogenes m. Staphylokokkenvakzin. Bhdlg. der, Zweig 1010.
Symmetrischer Affektionen. Lokalisation 1059.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Brunogallicus. Morbus, Györy 1103.
Extragenitale Syphilis.
Brustwarze. Primäraffekt a. der, Gaucher u. Giroux 812.
Caruncula lacrimalis. Initialsklerose an der, Jampolsky 1391.
Extragenitale Schanker b. e. Patienten. Drei genitale und vier, Gottheil 1391.
Lokalisation d. Initialsklerose. Seltene, Marziani 1391.
Nasenspitze. Syphilit. Schanker der, Gaucher u. Giroux 1186.
Oberlippe. Frühzeitiges Auftreten d. Wasserm. Reakt. b. Schankern der, Joltrain u. Lévi-Franckel 1181.
Oberschenkel. Ulcus induratum am, Landesmann 1236, 1271.
Rumpfe. Syph. Primäraffekt am, Burkhardt 1391.
Vorderarmes. Syph. Schanker des, Balzer u. Landesmann 1182.
Zahnfleisches. Schanker des, Chompret 1078, Thibierge 1078.
Fieber. Syphilitisches, Bjelokur 1357.
Hautimmunität b. sek. Lues. Künstlich erzeugte, Stümpke 1177.
Heirat des Syphilitikers, Balzer 1303.
Immunität b. Syph. tarda. Exper. Btrg. zur, Poór 797.
Latente Syphilis. Nichterkannte und, Coues 834.
Latentsyphilitischen Prostituierten. Infektionen von, Bruck 901.
Maligne Syphilis, Marshall 837.
— — Salv. und, Ziegel 1294.
Maligner Syphilis. Maligne Reinfektion bei, Kuznitzky 1418.
Maligna praecox. Syphilis, Brin 1303.
Mortalität an Syph. in Paris 1910, Leredde 1082, Antwort darauf, Renault 1180.
Primäraffekt. Syph. ohne, Polland 1049.
Prognose der Syphilis. Bhdlg. und, Glawtsche 1271, 1358.
Prophylaxe m. Salvarsan. Antisyph., Jeanselme 901.
— d. Syphilis. Persönliche, Bruck 901.
— — — Wassermann und, Müller 1224.
— in Nürnberg. Lues-, Sudhoff 1456.
Reinfectio syphilitica, Glawsche 1156, 1482, Queyrat 1391, Biach 1418.
Reinfektion bei maligner Syphilis. Maligne, Kuznitzky 1418.
Schwere Lues, Rühl 1486, Marshall 1335, Aja 1416.
Syphilis. Ursprung der, Sudhoff 1301.
*— in Spanien i. den Jahren 1494 u. 1495, Sudhoff 1115.
— f. d. Allgemeinheit u. die Frage der staatl. Kontrolle. Gefahren der, Gaucher u. Gougerot 1185.
— in skand. Staaten. Anzeigepflicht der, Balzer 1224.
— und vener. Krankheiten i. d. Städten. Bekämpfg. der, Rasumowsky 1512.
— b. den Friseuren, Fouquet 970.
— u. Wasserm. Reakt. bei Findelkindern, Rabinowitsch 1513.
— u. Ehe 1302.
— u. innere Medizin, Longcope 1302.
— in D. S.-W.-Afrika. Tbc. und, Scherer 1392.
— in den deutschen Schutzgebieten, Heim 1455.
Testament des Syphilitikers, Granjux u. Darricarrère 993.
Tödlichem Ausgang. Tückische Syph. mit, Jullien 1333.
Tuberkulose b. Syphilitikern. Bhdlg. der, Robin 1303.

B. Ätiologie.

Ätiologie der Syphilis, Bogoljepow 1357.
Spirochaeta pallida. Kultur der, Dalla Favera 1222.
— — im Sekret d. Augenbindehaut, Fiorito 877.
— — in Roseolaflecken, Spillmann u. Watrin 1419.
— — b. allg. Paralyse u. Tabes dorsalis, Noguchi 1293.
Spirochaetae pallidae im Gehirne von Paralytikern, Marie, Levaditi u. Bankowski 898, 1080.
Spirochäten b. progress. Paralyse. Lebende, Tomasczewski 982.
Spirochätenextrakt. Intrakutane Reaktionen mit, Géber 1484.
Spirochätenfärbung 1221.
Syphiliserregers. Spielarten des, Heim 983.

C. Experimentelle Syphilis.

Experimentelle Pathologie u. Therapie der Syphilis, Uhlenhuth u. Mulzer 1211.
Gold b. experimen. Syphilis, Truffi 1419.

Digitized by Google

Kaninchen. Subdurale Injekt. v. Syphilisvirus bei, Tomasczewski 865.
— Impfsyphilis der, Uhlenhuth u. Mulzer 1211.
— Seltene spätsyphilit. Erscheing. beim, Bertarelli u. Melli 1419.
— Theorie d. Wasserm. Reakt. unt. bes. Berücksichtg. d. Versuche am, Prausnitz u. Stern 1421.
Lymphdrüsen. Rascher Übergang d. syph. Virus nach den, Truffi 1301.
Meningoenzephalitis. Exper. Untersuchungen üb. die luetische, Vanzetti 962.
Periostitis m. Karies d. Schädeldaches. Exper. luetische, Vanzetti 960.

D. Diagnostik.

Ausflockung kolloidalen Goldes dch. Zerebrospinalflüssigkeit b. luet. Affekt. d. Zentralnervensystems, Lange 841.
Ausflockungsreaktionen b. Syphilis. Quantitative, Ellermann 841.
Brendel-Müllersche Reaktion, Plaut 844, Pöhlmann 845.
Diagnostik d. Tuberkulose u. Syphilis, Sergent 1281.
Diagnostischen Methoden d. Syph. f. d. gerichtl. Medizin. Wert der neuen, Thibierge 1420.
v. Dungernsche Vereinfachg. d. Wasserm. Reaktion, Drügg 845.
Eckenstein. Modifik. d. Wasserm. Reakt. nach Sabrazes-, Perelman 1485.
Hautreaktion bei Lues u. Wasserm. Reaktion, Müller u. Stein 1423.
— Luetin-, 1425.
Hermann Perutzsche Reaktion, Lade 1486.
— — — b. Lumbalpunktaten, Lade 845.
Index bei Lues u. Paralues. Luetischer, Sormani 1454.
Intrakutanreaktion, Müller u. Stein 1450.
Intrakutane Reaktionen m. Spirochätenextrakt, Géber 1484.
Karvonen 1485.
Kutanreaktion auf tert. Syphilis, Klausner 1424.
Kutireaktion u. Anaphylaxie bei Syphilis. Klin. u. exp. Studien über, Nakano 796.
Luetin-Hautprobe i. d. Diagnose d. Syphilis, Rytina 846, 1484.
— Hautreaktion b. Syphilis, Kaliski 1425.
— Probe, Schmitter 1294.
— Reaktion. Noguchis, Boas u. Ditlevsen 1051.
Manoiloff 1485.
Meiostagminreaktion u. Wasserm. Reakt. bei Lues, Bazzicalupo 1486.
Müllersche Reaktion. Brendel-, Plaut 844, Pöhlmann 845.
Perutzsche Reaktion b. Lumbalpunktaten. Hermann-, Lade 845.
— — Hermann-, Lade 1486.
Sabrazes-Eckenstein. Modifikat. d. Wasserm. Reakt. nach, Perelmann 1485.
Sera. Quant. Amino- (NH_2) Nitrogengehalt syph. u. nichtsyph., Kaplan 1425.
Serumdiagnostik d. Syphilis. Azetonextrakte b. der, Stiner 840.
— — — i. d. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen, Greene 1420.
Spinalflüssigkeit von Parasyphilitikern. Diagnost. Reaktion i. der, Maruyama 1520.
Wassermannsche Reaktion, Minassian 812, Kiss 842, Milne 843, Ucke 844.
— — Technik d. Blutentnahme f. die, Raab 1490.
— — mit Leichenblut, Boas u. Eiken 796.
— — b. 46jähr. Syphilis. Positive, Meaux Saint-Marc 812.
— — b. Findelkindern. Syphilis und, Rabinowitsch 1513.
— — b. unbhdlter. tert. Haut- u. Schleimhautsyphilis. Negative, Foerster 968.
— — im Spätstadium d. Syphilis, Maisel 1422.
— — b. d. Pagetschen Knochenerkrankung, Souques, Barré u. Pasteur 874.
— — b. Kontrolle d. Prostituierten. Obligatorische, Müller 1224.
— — Pupillendifferenz und, Merklen u. Legras 878.
— — b. Zwillingen. Differente, Cassoute 844.
— — Hautreaktion bei Lues und, Müller u. Stein 1423.
— — b. Lues. Meiostagminreaktion und, Bazzicalupo 1486.
Wassermannschen Reaktion. Technik der, Stillians 806.
— — Technik u. Resultate der, Reggiani 1421.
— — Modifikat. u. Technik der, Bernhardt 1485.
— — Dungernsche Vereinfachg. der, Drügg 845.
— — n. Sabrazes-Eckenstein. Modifikat. der, Perelman 1485.
— — Wesen der, Liebers 1421.

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion. Theorie der, Prausnitz u. Stern 1421.
— — Latenzdauer der, Dreyer 1422.
— — wissen soll. Was der Praktiker von der, Wyeth 1421.
— — Widersprechende Befunde b. der, Wolbarst 844.
— — Deutg. d. Resultate der, Craig 844.
— — Fehlerquellen der, Stern 844, Jolowicz 1422.
— — Quant. chem. Reaktion zur Kontrolle positiver, Kaplan 1424.
— — Antigen b. der, Paris u. Desmoulière 1482.
— — Antigen v. Desmoulière b. der, Milian u. Girauld 1080.
— — b. Schankern d. Oberlippe. Frühzeitiges Auftreten der, Joltrain u. Lévi-Franckel 1181.
— Reaktionen. Syph. Chorioiditis u. Retinitis bei negativen, Woodward 1334.

E. Syphilis der Eingeweide.

Albuminurie. Familiäre syph., Castaigne 873.
— bei Syphilis. Orthostatische, Arnold 1192.
Blase. Syph. der, Lévy-Bing u. Duroeux 810.
— Syph. Erkrankgn. der Harn-, Picker 1488.
Blasensyphilis, Dreyer 832, 962.
Broncho-pulmonäre Syph. mit Mediastinalkarzinom verwechselt, Bensaude u. Emery 875.
Diabetes insipidus auf syph. Basis, Lurje 1157.
Genitalien d. Weibes. Syph. der inneren, Meyer 878.
Glykosurie bei sek. Syphilis, Malherbe 1076.
— b. tertiärer Syphilis, Axilbund 1360.
Hanotscher Symptomenkomplex u. Syphilis, Castaigne 1489.
Ikterus. Sekundärsyphilitischer, Castaigne 1518.
Leber. Tert. Syph. der, McCrai 875.
Lebergummen. Histologie u. Genese d. miliaren, Werdt 876.
Leberlues. Spätdiagnose d. gummösen, Klein 875.
Lebersklerose und -gumma u. Aneurysma d. Aortenbogens, Feliziani 876.
Lebersyphilis. Tödl. Hämatemese bei, Core 875.
— Rebatu u. Faujas 1490.
Magens. Syph. Tumoren des usw., Hausmann 872.
Magensyphilis, Copelli 1099.
Mediastini. Syphilis, Kuschew 1520.
Mediastinitis. Syphilitische, Fießinger 874.
Milch syphilit. Frauen. Infektiosität von, Uhlenhuth u. Mulzer 1304.
Nephritis syphilitica acuta praecox 873.
— interstitialis; wahrscheinl. Syphilis, Babonneix 1520.
Niere. Luetische u. postluetische Erkrankungen der, Bauer u. Habetin 1487.
Nierenentzündung i. d. Frühperiode. Akute syphilitische, Hoffmann 873, Bauer u. Hirsch 873.
Nasenspitze. Syphilit. Schanker der, Gaucher u. Giroux 1186.
Oberlippe. Frühzeitiges Auftreten der Wasserm. Reaktion b. Schankern der, Joltrain u. Lévi-Franckel 1181.
Ösophagusstenose dch. syph. Narben, Justman 872.
Parotis. Diffuses Syphilom der, Letulle u. Vuillet 1520.
Parotitis. Jod- und Lues-, Gundorow 871.
Pharynxgummata. Tödl. Hämorrhagie durch, Azúa 985.
Tonsillen. Syphilit. Erscheinungen auf den, Head 1330.
Tracheobronchitis. Sekundärsyphilitische, Sergent 875.
Ulcus callosum penetrans. Ätiolog. Rolle d. Syph. in manchen Fällen von, Hausmann 872.
Uteri. Syph. Schanker des Collum, Gaucher u. Giroux 1185.
— Harter Schanker der Portio vaginalis, Zomakion 796.
Verdauungstraktus. Syphilit. Erkrankgn. des, Wolpe 894.
Vulva u. Urethra. Elefantiastisches Syphilom der, Terzaghi 1101.
Wangenschleimhaut 33 J. n. d. Schanker. Plaques der, Gaucher u. Giroux 1186.
Zahnfleisches. Schanker des, Chompret 1078, Thibierge 1078.
— b. e. tuberkul. Syphilitiker. Lymphadenom des, Bory 1185.
Zunge. Syph. u. Krebs der, Chifoliau u. Duroeux 989.
— Gumma der, Janschek 1238.
— Salv. bei Gumma der, Ziegel 1294.
Zungentumor. Wahrscheinl. spezifischer, Collet u. Alloin 873.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

*Acanthoma papillare auf luet. Basis, Tryb 819.
Erythematöse Kreise a. d. Vola manus. Zirzinäre, Schestopal 1271.

Digitized by Google

Erythematöses granulöses Syphilid, Gaucher, Gougerot u. Hischmann 807.
Framboësieforme Syphilis d. Handteller, McDonagh 801.
Gumma dch. Salv. Histol. Veränderg. im, Tschumakow 815.
Gummöse syph. Infiltration, e. Phlegmone vortäuschend, Meaux Saint-Marc 812.
Haemorrhagica. Lues, Brodfeld 1486.
Hautsyphilide bei Tabes u. Paralysis progressiva, Wojciechowski 898.
Hautsyphilis. Klassifikation u. Nomenklatur d. erworbenen, Fox 803.
Palmae. Salv. u. Syphilid der, Ziegel 1294.
Papeln. Organisierte syphilitische, Hanawa 1476.
Parapsoriasis en gouttes b. e. Syphilitikerin, Perkel 1156.
Pseudopelade inf. e. syphilit. Läsion, Aja 1416.
Roseolaflecken. Spiroch. pallida in, Spillmann u. Watrin 1419.
Sklerodermie b. sekund. Syphilis, Brocq, Fernet u. Maurel 1180.
— Syph. und, Jeanselme u. Touraine 1181, 1488.
Tertiäre Syphilis m. Charakter eines sekund. Ausschlages, Dognew 1009.
Tertiären Erscheingn. d. Syphilis. Infektiosität der, Terebinsky 1302.
Tertiärer Hautsyphilide. Lokalisation, Theodoresco 1184.
Tertiärsyphilis m. einer intramusk. Salvarsaninjektion behandelt, Hoffmann 989.
Vitiligo u. Syphilis, Gaucher, Gougerot u. Audebert 1080.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Aneurysma d. Aortenbogens. Lebersklerose u. -gumma und, Feliziani 876.
— d. A. vertebralis; wahrscheinl. Syphilis, Babonneix 1520.
Aneurysmen d. Bauchaorta, Byloff 871.
Aortenaneurysmas. Spezif. Bhdlg. d. spezif. Aortitis u. des, Vaquez u. Laubry 871.
Aortenaneurysmen. Diagnose der, Letulle 870.
— Bhdlg. der, Fießinger 871.
Aortenerkrankung. Syphilitische, Deneke 869, Oberndorfer 870.
Aortensyphilis. Veränderg. a. d. Aortenklappen bei, Engel 1519.
Aortitis. Path. Histologie der syph., Fukushi 869.
— syphilitica, Roubier u. Goyet 1519.
— — u. Atheromatose, Perducet 869.
— u. d. Aortenaneurysmas. Spez. Bhdlg. d. spezifischen, Vaquez u. Laubry 871.
— Syph. u. postsyph. Erkrankgn. des Nervensystems bei, Deneke 1519.
Arteria iliaca comm. b. Syphilitikern. Veränderg. der, Stein 868.
Arteriitis syph. d. Fingerkollateralen dch. Hg geheilt, Caussade u. Lévy-Franckel 1078.
Blutlipoide bes. bei Syphilis. Pathologie der, Bauer u. Skutezky 1419.
Cholesterinämie d. Syphilitischen. Einfluß v. Salvarsan, Rouzaud, Sucquet u. Cabanis 1303.
Herzens. Gumma des, McWeeney 1519.
— Syph. des 1490.
Leukozyten b. Syphilis, Hazen 1384.
Lymphdrüsen. Rascher Übergang d. syph. Virus in die, Truffi 1301.
Raynaudsche Krankheit auf wahrscheinl. syphilit. Basis, Weber 801.
Raynaudsches Syndrom u. Syphilis, Semon 869.
Serum primär syphilit. Kranker. Spezif. Antikörperchenbildung im, Lichatschew 1423.
Skrofuloide Formen d. Syphilis, Sergent 1487.
Zirkulationsorgane durch Syphilis. Erkrankungen der, Brodfeld 1458.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen und Muskeln.

Gelenke auf syph. Basis. Pseudorheum. Affektion der, Klemptner 872.
Knochensyphilis, Covisa 984.
— Diffuse, Bingold 1489.
Ostitis d. Tibia. Syphilitische, Delbet 874.
Pagetsche Knochenerkrankung. Wasserm. Reaktion und, Souques, Barré u. Pasteur 874.
— — m. Neosalv. behandelt, Dufour u. Bertin 874.
Periostitis mit Karies d. Schädeldaches. Experim. luetisch, Vanzetti 960.
Polyarthritis. Syphilitische, Kedrow 872.
— im Spätstad. d. Syphilis. Akute luetische, Huzar 1488.
— b. Syphilis. Akute, Rubin 1454.
Sternums. Syph. des, Schulmann 874.

I. Syphilis des Nervensystems.

Basedow b. Syphilis. Symptomenkomplex des, Hischmann 990.

Digitized by Google

Brachialplexusneuritis b. Spätsyphilis. Primäre symmetrische, Stiefler 880.
Cerebelli. Lues, Gundorow 814.
Cerebralis. Syphilis, Aegis 1271.
Cerebrospinalis. Syphilis, Zylberlastowna 895.
Chorea syphilitica, Mantella 900.
— b. e. Syphilitischen. Schwere, Apert 901.
Fazialis. Sek. Syph. u. Parese des l. Nervus, Glawtsche 1237.
Kleinhirnhemiplegie. Syphilitische, Mariè u. Foix 880.
— Klin. Formen u. Diagnose der syphilit., Mariè u. Foix 880.
Kleinhirnsymptome syph. Ursprungs. Halbseitige, Mariè u. Foix 880.
Liquor cerebrospinalis b. Bhdlg. d. progressiven Paralyse m. Na nuclein. u. Salvarsan. Verändergn. des, Jolowicz 899.
— — b. Frühsyphilis. Salv. und, Altmann u. Dreyfus 923.
Liquorveränderungen bei Syphilis, Gennerich 1135.
Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit, Altmann u. Dreyfus 923.
Meningeale Erkrankgn. die klin. nicht in Erscheing. treten. Sekundär-syphilitische, Jeanselme u. Chevallier 880.
Meningealerscheinungen, die eine Abdominalaffektion vortäuschten. Abortive syphilitische, Joltrain 1181.
Meningitis. Hered. famil. u. konjugale spezifische, Babinski 868.
— syph. acuta, Bonnet 882.
— b. Erwachsenen. Diff.-Diagnose zw. syphilit. u. tuberkulöser, Joltrain u. Lévi-Franckel 1184.
Meningoenzephalitis. Exp. Untersuchgn. üb. die luetische, Vanzetti 962.
— b. einer m. Neosalv. bhdltn. Sekundärlues, Escande 882.
Metalues in versicherungsärztl. diagn.-prognost. Hinsicht, Flesch 1303.
Metasyphilitischen Erkrankungen d. Nervensystems. Salv. bei syph. und, Ljass 923.
Nervensyphilis u. Parasyphilis. Zerebrospinalflüssigkeit bei, Roger 896.
— m. intrarachid. Hg- u. Neosalvarsaninjektion bhdlt., Ravaut 1521.
Nervensystems n. Salvarsan. Frühzeitige syph. Affektionen des, Sowinski 894.
— Salv. b. syph. u. metasyph. Erkrankgn. des, Ljass 923.
— b. Aortitis. Syphilit. u. postsyphilit. Erkrankgn. des, Deneke 1519.
Paralues. Luetischer Index bei Lues und, Sormani 1454.
Paralyse. Infantile, Sluys 898.
— Verlaufsformen der progressiven, Haßmann u. Zingerle 898.
— Lebende Spirochäten b. progressiver, Tomasczewski 982.
— u. Tabes dorsalis. Spirochaeta pallida bei allgemeiner, Noguchi 1293.
— Nukleinsäurebhdlg. d. progressiven, Tsiminakis 899.
— Na nuclein. u. Salv. bei progressiver, Jolowicz 899.
— Salv. bei progressiver, Trowbridge 900.
— m. Neosalvarsan. Bhdlg. d. progressiven, Leredde 1182.
Paralysis progressiva. Hautsyphilide bei Tabes und, Wojciechowski 898.
Paralysetherapie. Problem der, Fischer 900.
Paralytica. Frühzeitige Diagnose d. Dementia, Robertson 1522.
Paralytiker behandeln? Warum soll man, Audry 1075.
— Onychogryphosis b. einem, Megaworian 1236.
Paralytikern. Spiroch. pall. im Gehirne von, Marie, Levaditi u. Bankowski 898, 1080.
Parasyphilis, Schönborn u. Matz 896.
— Zerebrospinalflüssigkeit bei Nervensyphilis und, Roger 896.
— Verschwinden der, Pollitzer 1521.
Parasyphilitikern. Diagnost. Reaktion i. d. Spinalflüssigkeit von, Maruyama 1520.
Rekurrenslähmung dch. spezif. Bhdlg. geheilt, Rendu 880.
Rückenmarksyphilis 896.
— m. Salv. geheilt, Beyer 969.
— v. amyotrophischem Typus, Covisa 1416.
Spinale Syphilis, Evangelistà 896.
Spinalflüssigkeit v. Parasyphilitikern. Diagnost. Reaktion in der, Maruyama 1520.
Tabes. Infantile u. juvenile, Barkan 896.
— Juvenile, Gillmann-Moorhead 896.
— Diagnost. Bedeutg. d. Schmerzen bei, Hamilton 896.
— u. Paral. progressiva. Hautsyphilide, Wojciechowski 898.
— Neue Bhdlg. der, Jaworsky 898.
— dorsalis m. Salv. u. Neosalvarsan. Heilg. der, Leredde 808.
— m. Salvarsan. Bhdlg. der, Leredde 897.
— m. Neosalv. bhdlt. Schwere, Leredde 1082.
— n. Salvarsan. Verschlimmerg. einer, Gaucher u. Giroux 812.

Digitized by Google

Tabes dorsalis. Spirochaeta pallida b. allg. Paralyse und, Noguchi 1293.
Tabiker. Einf. u. kompliz. Pruritus der, Duprey 1140.
Tabische Osteoarthropathie. Prä-, Gangolphe 897.
— Arthropathie d. Hüfte, Murard 897.
Zentralnervensystems. Ausflockg. kolloid. Goldes dch. Zerebrospinalflüssigkeit b. luet. Affekt. des, Lange 841.
— Syphilogene Erkrankungen des, Schultze 879.
Zerebrospinalflüssigkeit bei luet. Affektionen d. Zentralnervensystems. Ausflockung kolloid. Goldes durch, Lange 841.
— bei Nervensyph. u. Parasyphilis, Roger 896.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Augenuntersuchungen i. d. derm.-syph. Abteilg. d. Hosp. Saint-Louis, Antonelli 990.
Bindehaut. Spiroch. pall. i. Sekret d. Augen-, Fiorito 877.
Caruncula lacrimalis. Initialsklerose an der, Jampolsky 1391.
Chorioiditis. Syphilitische, Woodward 1334.
Iritis. Ätiologie der, Vandegrift 877.
— n. Salvarsan. Rezidivierende, van Lind 878, 926.
Labyrinthitis et Otitis int. bilat. syphilitica, Glawtsche 1235.
— syphilitica, Evely 926.
Mittelohrentzündung. Syphilit., Lüders 878.
Oculi. Chemotherapie der Lues, Szily 876.
Otitis int. bilat. syphilitica. Labyrinthitis et, Glawtsche 1235.
Pupillendifferenz u. Wasserm. Reaktion, Merklen u. Legras 878.
Pupillenstarre n. Hg u. Salvarsan. Verschwinden reflekt., Zaun 878.
Retinitis. Syphilitische, Woodward 1334.
Stauungspapille m. Zurückgehen d. Totalamaurose 878.
Taubstummheit dch. Syphilis. Entstehg. der, Beck 1326.

L. Therapie der Syphilis.

Abortivkuren. Dauererfolge der Salv.-, Müller 919.
Antiluetin. Bhdlg. d. Syph. mit, Sakurane u. Jamada 1476, Takahashi 1477.
Antisyphilitika. Wirkg. der gebräuchlichen, Finger 1245.
Arsenvergiftung b. e. Lueskranken. Brodfeld 904.
Behandlung. Die neue Methode der Syph.-, Leredde 901.
— Rationelle Syph.-, Eisenstaedt 901.
— Moderne Syph.-, Zieler 902.
— u. Prognose der Syphilis, Glawtsche 1271, 1358.
— d. primären Lues, Hartmann 1390.
Bourboule bei Syphilis. Wasser von, Gastou u. Ferreyrolles 1080.
Embarin b. Syphilis, Karelin 1358.
Heilung. Gefahren d. Syph. und ihre, Renault 1301.
Hektin. Arsenkeratose nach, Burnier 1081.
Hg-Darreichung. Interne, Polland 905.
Hydrargyrum benzoatum. Vorzüge des, Sweeny 1330.
Kontraluesin b. Syphilis, Klausner 846, *Fürth 1251, *Richter 1429, 1438, *Erwiderung, Fürth 1441.
*Kontraluesinbehandlung, Richter 883.
Neosalvarsan b. Syphilis, Sabsowitsch 929, Iwanow 929, Glawtsche, Perkel u. Schwarzmann 1295.
— — — Salv. und, Whitehouse und Clark 1385.
— — — Wasser von Bourboule und, Gastou u. Ferreyrolles 1080.
— — tert. Syph. u. Glykosurie, Axilbund 1360.
— bhdltn. Sekundärlues. Meningoenzephalitis b. einer mit, Escande 882.
— behandelt. Pagetsche Knochenerkrankung mit, Dufour u. Bertin 874.
— Bhdlg. d. progress. Paralyse mit, Leredde 1182.
— Heilg. d. Tabes dorsalis m. Salv. und, Leredde 808.
— bhdlt. Schwere Tabes mit, Leredde 1082.
Neosalvarsaninjektionen bhdlt. Nervensyphilis mit intrarachid. Hg- und, Ravaut 1521.
Nucleinicum u. Salv. b. progress. Paralyse. Natrium, Jolowicz 899.
Nukleinsäurebehandlung d. progress. Paralyse, Tsiminakis 899.
Quecksilber. Molekular zerstäubtes 846.
— geheilt. Arteriitis d. Fingerkollateralen dch., Caussade u. Lévy-Franckel 1078.
— Salv. gegen, Ruggles 923.
— und Salvarsan, Finger 1245.
— — — Verschwinden reflekt. Pupillenstarre nach, Zaun 878.
Quecksilberinjektionen bhdlt. Nervensyphilis m. intrarachid. Neosalvarsan- und, Ravaut 1521.

Digitized by Google

Quecksilberinunktionen gegen Syphilis, Watraszewski 903.
Quecksilberinunktionsmethoden b. Syphil. Heilwert der, Watraszewski 1331.
*Quecksilbernukleinsaures Na. bei sek. Syphilis, Almkvist 1147.
Salvarsan b. Syphilis, Serra 813, Riecke 905, Kilary 921, Mitchell 921, Bulgakow 921, Poirier 1322, François 1322, Duhot 1518.
Salvarsanabortivkuren. Dauererfolge der, Müller 919.
Salvarsan in Toronto, Smith 1385.
— b. Bhdlg. d. Syphilis. Aqua dest. versus, Stephens 922.
— Antisyph. Prophylaxe mit, Jeanselme 901.
— Es gibt keine Therapia sterilisans d. Syph. durch, Levy-Bing 1482.
— u. Neosalv. b. Syphilis, Whitehouse u. Clark 1385.
— gegen Quecksilber, Ruggles 923.
— Quecksilber und, Finger 1245.
— b. Cholesterinämie d. Syphilitischen, Rouzaud, Sucquet u. Cabanis 1303.
— Histol. Veränderg. im syph. Gumma u. Tuberkel dch., Tschumakow 815.
Salvarsaninjektion behandelt. Tertiärsyph. m. einer intramuskulären, Hoffmann 989.
Salvarsan b. hered. u. akquir. Syph. im Säuglings- und Kindesalter, Rüdiger 925.
— Rezidiv. Iritis nach, van Lind 878, 926.
— b. frühzeit. maligner Syphilis, Ziegel 1294.
— u. Liquor cerebrospin. b. Frühsyphilis, Altmann u. Dreyfus 923.
— Frühzeitige syph. Affektionen d. Nervensystems nach, Sowinski 894.
— b. syph. u. metasyph. Erkrankgn. d. Nervensystems, Ljass 923.
— b. progress. Paralyse. Na nuclein. und, Jolowicz 899.
— — — — Trowbridge 900.
— Verschwinden reflekt. Pupillenstarre nach Hg und, Zaun 878.
— geheilt. Rückenmarkssyph. mit, Beyer 969.
— Erweichgsprozesse im Rückenmarke b. e. Syph. nach, Newmark 925.
— Bhdlg. d. Tabes mit, Leredde 897.
— u. Neosalvarsan. Heilg. d. Tabes dorsalis mit, Leredde 808.
— Verschlimmerg. einer Tabes nach, Gaucher u. Giroux 812.
— b. Schwangeren s. Erbsyphilis.
— — Lues u. Tuberkulose, Lubliner 1246.
Salvarsan b. Syphilid d. Palmae u. Gumma d. Zunge, Ziegel 1294.
Weiteres siehe Salvarsan I—IV.
Schwefel bei Syphilis, Mc Murtry 1054.
Therapie d. Syphilis, Mortimer 902.
— Moderne Syph.-, Neißer 903.

II. Erbsyphilis.

Augenmuskellähmung b. e. Erbsyphilitischen. Motorische u. geistige Schwäche und, Nathan 1390.
Chorea v. Sydenham. Salv. bei, Fiore 1521.
— — — Syphil. Natur der, Milian 900, Grénet u. Sedillot 900, Fiore 1521.
Diaphysenenden. Syph. Veränderg. a. d. fötalen, Alexander 847.
Ekzem a. Munde als Symptom v. kongen. Syphilis, Findlay u. Watson 934.
Erbsyphilis. Gesetze der, Carle 1320.
Frühdiagnose d. Erblues i. d. Waisenhäusern, Poppi 846.
Gefäßerkrankung b. e. heredosyph. Mädchen, Knebelmann 868.
Geistige Schwäche u. Augenmuskellähmg. b. e. Erbsyphilitischen. Motorische und, Nathan 1390.
Gelenkerkrankungen b. Kindern. Syph. Knochen- und, Addison 1489.
Gummen b. e. Neugeborenen. Große syphilitische, Sauvage u. Gery 1390.
Hydarthrosen b. hered. Syphilis. Multiple symmetr., Fouquet 807.
Ikterus b. e. Heredosyphilitischen. Kongen. hämolyt., Fournier u. Joltrain 846.
Infektion des Fötus u. dessen klin. Bedeutung. Zeitpunkt der luetischen, Trinchese 1388.
Keratitis parenchym. heredo-luetica nach Kataraktextraktion, Lacompte 877.
— — m. Neosalvarsan. Lokale Bhdlg. der, Bachstez 877.
Knochen u. ihre röntgenol. Erkennung. Angeborene Syph. platter, Fraenkel 873.
Knochenerkrankungen b. Kindern. Syph. Gelenk- und, Addison 1489.
Labyrinthitis. Hennebertscher Symptomenkomplex b. heredosyph., Buys 847.
Leukoenzephalitiden b. erbsyph. Neugeborenen, Pellegrini 962.
Meningitis. Hered. famil. u. konjugale spezifische, Babinsky 868.
— luetica b. e. heredosyph. Mädchen, Knebelmann 868.
— cerebrospin. u. Syph. hered. tarda, Courmont u. Froment 868.
— — b. e. Hereditärsyphilitischen, Courmont u. Froment 882.

Digitized by Google

Mitralstenose u. Radiculitis cubitalis b. e. Erbsyphilitischen, Nathan 1390.
Mütter u. ihre Kinder. Salvarsanbehandelte, Holth 905.
Myokarditis syph. congenita, Werlich 1390.
Myxomatöser syphilit. Fötus, Kleefeld 1305.
Neosalvarsan. Lokale Bhdlg. d. Keratitis parenchym. mit, Bachstez 871.
— b. Kerat. parenchymatosa, Hoehl 929.
Nervöse Heredosyphilis, Babonneix, Terrien u. Dautielle 846.
Neugeborenen. Salv. bei syphilit. Schwangeren und, Sauvage 924.
Osteomyelitis luetica b. Lues hered. tarda, Eyles 847.
Ostitis luetica b. Lues hered. tarda, Eyles 847.
*Papillitis nervi optici b. Säuglingssyphilis. Häufigkeit u. diagnost. Bedeutg. der, Beck u. Mohr 1363.
Papillom b. e. heredosyph. Knaben. Entzündliches, Campana 1100.
Parrotsche Pseudoparalyse m. anormalem Sitze, Bonnet u. Garnier 900.
Postkonzeptionelle Syphilis, Lesser 794, Covisa 1416.
Profetas Gesetz u. Wasserm. Reaktion, Sabin 811.
Pseudotuberkulöse Manifestationen bei Erbsyphilitischen, Le Fort u. Bachmann 1390.
Radiculitis cubitalis b. e. Erbsyphilitischen. Mitralstenose und, Nathan 1390.
Riesenwuchs b. d. Kindern e. Syphilitikers. Zwergwuchs und, Köhler 874.
Salvarsan b. syph. Schwangeren u. Neugeborenen, Sauvage 924.
— — hered. u. akquir. Syph. im Säuglings- u. Kindesalter, Rüdiger 925.
— — syph. Schwangeren, Jeanselme 1304.
— — Sydenhamscher Chorea, Fiore 1521.
Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder, Holth 905.
Schilddrüsenveränderungen bei hered. Syphilis, Busch 867.
Schulterblatt u. Syph. i. d. Aszendenz. Kahnförmiges, Graves 804.
Schwangeren. Bhdlg. d. Syph. bei, Plicque 901.
— u. Neugeborenen. Salv. bei syph., Sauvage 924.
— Salv. b. syphilit., Jeanselme 1304.
Spätsyphilis. Hereditäre, Alsberg 1304.
Sternum. Syph. Veränderungen d. Ossifikation d. Massae lat. u. des, Alexander 847.
Taubheit. Sporad. kongen. u. syphilit., Love 878.
Tuberkulose b. e. Hereditärsyphilitischen. Verschiedene Formen der, Gaucher u. Weißenbach 1081.
Urticaria papulosa b. Heredolues, Campana 1101.
Vererbung der Syphilis, Poór 1303.
Wassermannsche Reaktion. Profetas Gesetz und, Sabin 811.
Wirbelsäule. Syph. d. fötalen, Alexander 847.
Zwergwuchs u. Riesenwuchs b. d. Kindern e. Syphilitikers, Köhler 874.
Syringadenoma papilliferum, Werther 1051.
Syringoma 1178.

Talgdrüsenbildung. Postfötale Haar- und, Kyrle 1132.
Talgdrüsenneubildungen. Postfötale, Kyrle 1510.
Teer. Artefizielle Eruptionen durch rohen Steinkohlen-, Brocq 1076.
*Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten. Anwendg. der, Aoki 1427.
Telangiektasien. Multiple, Sequeira 802, 1179.
*Tendovaginitis gonorrhoica, Hecht 1351.
*Henri Tenneson †, Sabouraud 1472.
Thalliumalopezie. Experimentelle, Heller 1453.
Therapie. Dermatologische, McMurtry 805, 969, 1054, 1386.
Terebinthina veneta. Skarlatin. Ausschlag durch, Angus 1277.
Thiosinamin b. Strikturen d. Harnröhre, Lévy-Weißmann 1083.
Thorax s. Lymphangiom.
Thorium X. Heilg. e. Falles v. Hautsarkomatose dch., Herxheimer 1089.
Thoriumalopezie. Experimentelle, Buschke 1047.
Tinea, Toledo 1042.
— tonsurans m. Röntgenstrahlen geheilt, McLeod 801.
— — Alopezia areata und, Little 1178.
— — u. Favus. Ausrottung von, Mc Kee 1293.
Toilettenseifenfabrikation. Moderne, Schaal 1157.
Transplantation von Rippenknorpel in gestielte Hautlappen, Davis 1334.
Trichoblastischer Wirkung. Substanzen mit, Bernabei 960.
Trichophytie. Spezif. Bhdlg. der tiefen, Stein 990.
— d. Kopfhaut. Liqu. ferri sesquichl. bei, Garrett 991.

Digitized by Google

Trichophytie. Na carbon. bei, Nock 991.
*— d. Erwachsenen, Bogrow u. Tschernogubow *1027, 1295.
Trichophytien in Tripolitanien, Mazzolani 993.
— in Japan, Kusunoki 1476.
*Trichophytieallergie b. Meerschweinchen. Histol. Untersuchgn. üb. Trichophytieheilg. und, Hanawa 939.
*Trichophytieheilung u. -Allergie b. Meerschweinchen. Hist. Untersuchgn. über, Hanawa 939.
Trichophytoide Mykose dch. Carethropsis hominis, Spillmann u. Jeannin 808.
*Trichophyton gypseum asteroides und zwei neue Vertreter dieser Gruppe, Fischer 1395.
— — griseum 1395.
— — radioplicatum 1395.
— violaceum 1042.
Trichophytonpilze in Rom, Pecori 1100.
Trichopoden u. Granula aestuantia i. d. menschl. Leukozyten, Merk 837.
Trichosporie, Paoli 1415.
Tripolis 1100.
Tripper. Reakt. v. Bordet-Gengou bei, Ssutejew 816.
— laufen lassen? Soll man den, Janet 1087.
— b. Neger, Rush 1193.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Trippers b. Manne. Bhdlg. des, Markon 1219.
— m. Neosalvarsan. Bhdlg. des, Janet u. Lévy-Bing 1219.
Tripperbehandlung, Harrison u. Harold 1219.
Tripperrheumatismus m. Neosalvarsan behandelt, Lévy-Bing u. Duroeux 989.
— b. Rheumatikern, Dardel 1217.
Trockenluftbehandlung von nässenden u. juckenden Dermatosen, Wagner-Katz 984.
Tropfen. Der erste, Janet 1084.
Trypanosomenkrankheiten. Chemotherap. Wirkg. v. organ. Antimonpräparaten bei Spirochäten- und, Uhlenhuth, Mulzer u. Hügel 1243, Hügel 1453.
Tuberkelbazillenbefunde im Urin bei Hodentuberkulose, Löwenstein 1165.
Tuberkulid. Ungewöhnl., papulös-nekrotisierendes, Whitfield 1179.
Tuberkulide, Jadassohn 1407, Ehrmann 1410.
— v. Typ. d. Lichen Wilson. Lichenoide, Vignolo-Lutati 809.
— Tumorförmige, Kren 1447.
— Papulonekrotische, Sachs 1447.
Tuberkuliden. Neosalvarsan bei, Ravaut 1082.
— Neosalv. u. Wasserm. Reakt. bei, Ravaut 1321.
Tuberkulinreaktion. Morosche, Dluski-Rudzki 1280.
Tuberkulinreaktionen. Klin. Anwendbarkeit d. lokalen, Andersen 1280.
Tuberkulös s. Elefantiasis, Meningitis, Zystitis, Pseudotuberkulös.
Tuberkulösen. Anatomie u. physiol. Pathologie d. amyloid. Degen. d. Nieren bei, Rist u. Léon-Kindberg 1082.
— Erkrankungen. Heliotherapie b. nicht-, Aimes 1241.
— Herdes dch. Röntgenbestrahlung. Entgiftung des, Iselin 1280.
— Individuen. Aktinomykose bei, Slattery 1016.
Tuberkulose, Campana 1416.
— Lupusausschuß d. Deutsch. Zentr.-Kom. z. Bekämpfg. der 1411.
— u. Syphilis in D.-S.-W.-Afrika, Scherer 1392.
— e. ektop. Hodens, Ferron 1085.
— d. Samenkanälchen d. Hodens u. Nebenhodens. Primäre, Balliano 1165.
— des Vas deferens. Hämatogene, Zaccarini 1056.
— Renale Hämaturie n. Nephrektomie wegen, Peña 1087.
— Orthostat. Albuminurie und, Arnold 1192.
— d. Penis, Lewinski 1133.
— — Rektums u. Afters, Perkel 1305.
— — Zahnfleisches u. d. Lippen. Miliar-, Chompret 1081.
— Chemotherapie b. externer, Strauß 837.
— Kupferbhdlg. d. äußeren, Strauß 1281.
— u. Addisonsche Krankheit, Blanco 1110.
— — Aktinomykose, Beyerlein 1296.
— Erythema induratum ohne Zeichen von, Galloway 1052.
— Lupus erythemat. und, Bloch und Fuchs 1050.
— u. Syphilis. Diagnostik der, Sergent 1281.
— Diff.-Diagnose d. sekund.-syphilit. Tracheobronchitis u. der, Sergent 875.
— b. e. Hereditärsyphilitischen. Verschiedene Formen der, Gaucher u. Weißenbach 1081.
— — Syphilitikern. Bhdlg. der, Robin 1303.
— Salvarsan bei Lues und, Lubliner 1246.

Digitized by Google

Tuberkulose s. Blasen-,Haut-.Hoden-,Nieren-, Urogenitaltuberkulose.
Tuberkulosis cutis generalisata, Isaac 864.
— verrucosa des Fußes u. Oberschenkels, Gaucher, Gougerot u. Audebert 1080.
Tumoren m. radioaktiv. Substanzen. Bhdlg. maligner, Caan 1023.
— d. Nierenbeckens. Primäre, Mock 1084.
— Filtrierbare Infektionserreger u. maligne, Lipschütz 1104.
— d. Haut. Maligne u. zweifelhaft maligne, Whitfield, Sequeira, Mac Donagh u. Davis 1180.
— s. Blasen-, Haut-, Nieren-, lymphoider, Riesenzellentumor. Neubildungen, Neoplasmen.
Typhus. Akutes pemphigusähnl. Exanthem bei Abdominal-, Reuter 795.
— Hautgangrän bei, Rouhaut 1019.

Ulcus ani et penis, Perkel 959.
— cruris m. getrockneter Luft. Bhdlg. des, Jaffé 1136.
— molle. Klin. bakt.-serol. Studien über, Ito 797.
— — phagedaenicum, Megaworian 959.
— — m. lok. Salvarsanapplikationen. Bhdlg. des, Dubois 1016.
*— — serpiginosum u. Granuloma venereum, Gennerich 1195, 1230.
— — d. Penis, Perkel 1305.
— phagedaenicum tropicale, Rabello 1045.
— rodens b. dems. Patienten. Epitheliom und, Davis 802.
— — m. Arsenikpaste behandelt, Gray 1179.
— — nasi, Kranzfeld 1271.
— simplex vesicae, Buerger 817.
— tropicum. Salvarsan und, Werner 1015.
Ulcera mollia. Extragenitale, Janschek 1235.
— cruris. Kältebhdlg. der, Florowsky 1271.
Ulerythema sycosiforme Unna, Sprinz 983.
Ulzerationen. Salvarsan bei, Alston 1019.
Unzucht m. Dritten. Nötigung zur, Peschke 867.
Ureter. Primäres Papillom am, Suter 837.
— Einwirkg. v. Bakterientoxinen a. d. überlebenden Meerschweinchen-, Primbs 1325.
Ureteren. Überzählige aberrante, Hartmann 833.
Ureteren. Apparat z. Injektion u. Spülung der Nierenbecken u. der, Thomas 1193.
Ureters. Chirurg. Bhdlg. d. Steine i. Beckenteile des, Lemoine 839.
— Steine im intrapar. Teile des, Pascual 839.
— Kongenitale Stenose des, Putzu 987.
— Strikturen des, Desnos 1085.
Ureterenblasenscheidenfistel n. krim. Abort, Ludwig 1324.
Ureterenchirurgie 1912, Wagner 818.
Ureterendes. Zyst. Erweiterg. d. vesikalen, Rumpel 986.
Uretersteine. Eingeklemmte, Boross 1213.
— Röntgendiagnostik der, Weisz 1265.
— Genaue Diagnose d. Nieren- und, Eastmond 1327.
Ureterovaginale Fistel dch. Dauerkatheter geheilt, Boeckel 1337.
Urethra. Polypen der, Uteau u. Saint-Martin 840.
— Doppelte epispadische, Lebrun 1087.
— posterior. Folgen der am Kollikulus lokalisierten Entzündungen der, Orlowski 1335.
— prostatica. Steine der, Moucharinsky 1010.
Urethrale u. periurethrale Steinbildung, Pedersen 1160.
Urethralfistel nach Ligatur des Penis, Verrier 1159.
Urethralrupturen. Moderne Bhdlg. der, Marion 840.
Urethralstriktur, Plastik. Ausgedehnte, Gayet 1517.
Urethritis. Bakteriologie u. Histopathologie d. chronischen, Ramazotti 1416.
— posterior. Arthigon bei, Orlowski 1515.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethrorrhoea ex libidine. Prostataelemente bei, Pfister 1168.
Urethroskopie. Fortschritte i. der, H. u. E. Wossidlo 836.
— Instrum. u. Technik der hinteren, Henry 1086, 1337.
— Lichtträger mit Linse u. Rheostat für, Pedersen 1158.
Urethroskopische Technik, Fraisse 1187.
Urethrovesikalen Affektionen. Indikat. d. inneren. Bhdlg. d. blennorrh., Portillo 1189.
Urethrozelen b. Manne, Paris u. Fournier 1516.
Urethro-Zystitis usw. Blennorrhoische, Boulanger 1056.
Urin. Blut a. d. Harnröhrenmündg. u. im, Fournier 1517.
Urinsteine, Ehrich 835.

Digitized by Google

Urogenitalorgane dch. Mikroc. catarrhalis. Infektion der, Siten 1146.
Urogenitaltraktus. Postblennorrh. Entzündgn. des, Fraenkel 894.
Urogenitaltuberkulose. Bahnen d. Infektion bei der, Walker 1145.
*Urologie. IV. Kongreß d. Deutsch. Ges. für, Frank 1258, (1915) 1282.
— Association Française d' 818.
— u. Urologen in London, Martin 1333.
— als Wissenschaft u. Lehrfach, Casper 1258, 1514.
— Histor. Btrge. zur, Richter 1239.
— Hochfrequenzströme in der, Wossidlo 1267.
— Rachianästhesie i. der, Nicolich 1088.
— Röntgenstrahlen in der, Goerl 1056.
— Serologie u. Vakzinetherapie in der, Michaelis 1259, Volk 1259.
Urologische Tätigkeit in Ungarn 1910 bis 1912, Remete 987.
— Gesellschaft. Spanische 1522.
— Klinik in Baltimore 1394.
Urologischen Chirurgie. Röntgenologie im Dienste der, Rubaschow 1324.
Urologisches a. d. schwed. Literatur 10/11, Hellstroem 817.
Uropyonephrose 987, 1056.
Urotropins b. Retentio urinae. Nebenwirkg. des, Bogrow 1512.
Urtikaria m. Adrenalin. Bhdlg. der, Swann 1248.
— Persistierende, Scherber 1450.
*— chronica. Histologie der, Hodara 971.
*— factitia. Histologie der, Hodara 971.
— papulosa b. Heredolues, Campana 1101.
— pigmentosa, Heller 863, Meachen 1178.

Vaginalerkrankungen. Bhdlg. der, Gutawitz 1214.
Vaginalspülungen, Dalché 1188.
Vakzine. Bhdlg. d. Acne vulgaris mit Auto-, Potter 1012.
— b. Kindern. Bhdlg. d. Erysipels mittels, Sill 1018.
— Heilg. des Juckens m. autogener, Schischlo 1140.
— v. Besredka b. blennorrh. Nebenhodenentzündung. Virus-, Cruveillier 1218.
— — — Vakzinotherapie mit Virus-, Broughton 1242.
— s. Gonokokken-, Staphylokokken-.
Vakzinebehandlung der Infektionen der Harnwege, Wulff 1238.
Vakzinediagnostik u. -therapie d. Blennorrhagie, Frohnstein 1359.
Vakzineimmunität. Dauer der, Bertarelli 1279.
Vakzinepräparat. Gonargin, ein neues, Schuhmacher 799.
Vakzinetherapie, Serkowski 1356.
— i. d. Urologie. Serologie und, Michaelis 1259, Volk 1259.
— m. Virusvakzine v. Besredka, Broughton 1242.
— b. blennorrh. Vulvovaginitis d. Kinder, Winokurow u. Wainstein 1216.
— u. Vakzinediagnostik d. Blennorrhagie, Frohnstein 1359.
— m. Staphylokokken u. d. Mikrobac. seborrhoicus, Sabouraud u. Noiré 1074.
Varizen b. Japanern usw. Häufigkeit der, Miyauchi 1113.
Varizenbildung. Halbseitige Körperhypertrophie im Verein m. Nävus- und, Telford 1143.
Vas deferens. Hämatogene Tuberkulose des, Zaccarini 1056.
Venektasien d. unt. Extremitäten. Operative Bhdlg. der, Kuzmik 1113.
Venerische Erkrankgn. b. Neger, Rush 1193.
*Venerischen Geschwüre. Trockene Bhdlg. der, Goldberger 1468.
— Erkrankungen. Noviform bei, Milota 1178.
— Krankheiten in Preußen festzustellen u. zu verhüten. Geschichtliche Btrge. üb. die Versuche, die Ausbreitung der, Richter 1327.
— — Persönl. Prophylaxe der, Müller 1327.
— — i. d. Städten. Bekämpfg. d. Syphilis u. der, Rasumowsky 1512.
Verbrennung. Carcinoma papillare a. einer Narbe nach, Jaßnitzki 894.
Verrucae planae dch. Salvarsan. Heilg. der, Loeb 1105.
Verruga peruana, Cole 968.
Viljacrême, Schmidt 1244.
Vincentsche Symbiose veranlaßt sind. Salvarsanbhdlg. geschwüriger Prozesse, die dch. die, Aßmy u. Kyritz 1019.
— Angina. Zerstörg. d. Uvula bei, Rolleston 1022.
Vitiligo, Rabello 1039.
— Symmetrische, Morelle 1322.
— Rationelle Bhdlg. der, Vassilidès 1113.
— Dermatitis mercurialis und, Jordan 813.
— u. Syphilis, Gaucher, Gougerot u. Audebert 1080.
Vulva s. Kraurosis, Pruritus.
Vulvovaginitis blennorrh. infantum. Prognose der, Mattissohn 1050.
— d. Kinder. Vakzinotherapie bei blennorrh., Winokurow u. Wainstein 1216.

Digitized by Google

Wandernde Frauen, Ostwald 867.
Wange s. Myzetom.
*Warzen d. Gesichts u. chir. Entferng. solcher der Handrücken. Spontaner Schwund der, Merian 1001.
— s. Pigment-.
Wasserdestillation. Methoden der, Barladeau 1392.
Wasserfehler 1102.
Wassermannsche Reaktion bei Tuberkuliden, Ravaut 1321.
— — bei nichtsyphilit. Erkrankungen, Newlin 1458.
Wassermannscher Reaktion. Lymphogranulomatosis m. positiver, Gaucher u. Weißenbach 1185.
Werlhofii b. e. 72jährigen. Morb. maculosus, Häuer 1275.
„White spot disease"? 1455.
— — — Morphea guttata und, Petges 1077.
*Louis Wickham †, Degrais 1508.
Wunden. Klebepflaster als Verband von, Hutchins 1054.
— s. Gangränöse.
Wunddiphtherie u. Wunddiphtheroid, Züllig 1021.

Xanthoma areolare multiplex 1447.
— multiplex pseudodiabeticum, Lebedew 814.
X-Erythem wissen? Was soll der Nicht-Röntgenarzt üb. das, Becker 1276.
X-Strahlenbehandlung. Anschwellung d. Parotis nach, Pfahlen 968.

Zahnfleisch s. Lymphadenom, Tuberkulose.
Zeozon a. d. Haut. Schutzwirkg. von, Markow 1513.
Zona des Ohres, Hennebert 1277.
— reflektor. Natur, Bécus 1277.
— s. Herpes zoster.
Zunge. Mischaffektionen der, 989.
— s. Maligne Erkrankgn., Sklerodermie.
Zungenkrebs, Ryall 1056.
Zwittertums m. Neubildungen i. d. Genitalsphäre. Kombination des Schein-, Zucker 1272.
Zylinder u. Zylindroide im Harn, Posner 1269.
Zylindroide im Harn. Zylinder und, Posner 1269.
Zylindrom der Haut, Dick 1106.
Zyste s. Haar-, Niere, Nieren-, Raphe, Samenblasen-.
Zystenbildung a. d. Niere. Unilat. vielfache, Barnett 1478.
Zystektomie bei Blasentumoren. Totale, Héresco 1186.
— wegen Krebs. Bildg. e. neuen Blase n. totaler, Lemoine 1336.
Zystitis, Hottinger 1239.
— Blennorrhoische, Castorina 1216.
— emphysematosa. Ätiologie der, Schönberg 1162.
— Klin. u. therap. Bemerkg. z. tuberkulösen, Boulanger 1337.
— Umwandlg. d. zyst. in die glanduläre, François 1186.
— s. Pseudo-.
Zystophotographie, Klose 1477.
Zystoskop. Neues Ureteren-, Vogel 1133.
Zystoskops. Entfernbare Kugel z. Fixierung des, Marion 1089.
Zystoskopie. Hilfsmittel b. der, Hock 837.
— Grenzen der, Cathelin 1188.
— Klinik d. Operations-, Buerger 1323.
Zystotomia suprapubica bei Prostatakarzinom, Cumston 1169.
Zystotomisierte. Apparat für, Badin u. Uteau 840.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abbe, Robert, Maligne Erkrankgn. v. Zunge u. Mund 1024.
Acosta, Honoria, Elefantiasis glabra congenita 1144.
Adamson, H. G., Kongenitale Hyperkeratose d. Hände u. Füße 1179.
Addison, Oswald L., Syphilit. Knochen- und Gelenkerkrankungen bei Kindern 1489.
Adler, Akrodermatitis atrophicans 981.
Adrian, C., Bericht üb. die Tätigkeit der an die Straßburger chirurg. Univ.-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik f. Harnkranke wd. des 8. Jahres ihres Bestehens i. d. Zeit v. 1./6. 1912 bis 31./5. 1913 1478.
Aegis, H., Syphilis cerebralis 1271.
Aimes, A., Die Heliotherapie bei den nichttuberkulösen Erkrankungen 1241.
de Aja, E. Alvarez Saint, Dermitis staphylococcica polymorpha gangraenosa 984.
— Lichen corneo-verrucosus, m. Kohlesäureschnee behandelt 986.
— Ein Fall v. Syphilis gravis 1416.
— Üb. Lokalanästhesie 1416.
— Pseudopelade inf. e. syphilit. Läsion 1416.
Albi, Rafael Bover, Die Lepra u. ihre Prophylaxe in Spanien, speziell im Osten 1101.
Aldrich, John 1306.
Alexander, Béla, Syphilis der fötalen Wirbelsäule. Die syphilit. Veränderngn. an den Ossifikationen d. Massae laterales u. des Sternum. Die Entwicklg. d. syph. Veränderngn. a. d. fötalen Diaphysenenden 847.
Allmond, James, Prostataabszesse 1332.
Alloin, H., s. Collet.
*Almkvist, J., Üb. quecksilbernukleinsaures Na bei sekund. Syphilis 1147.
Alsberg, Georg, Btrg. z. hereditären Spätsyphilis 1304.
Alston, H., Die Bhdlg. von Ulzerationen dch. die lokale Applikation von Salvarsan 1019.
Altmann, K., u. Dreyfus, G. L., Salvarsan und Liquor cerebrospinalis b. Frühsyphilis, nebst ergänzenden Liquoruntersuchgn. in der Latenszeit 923.
— Üb. den Einfluß d. Temperatur a. die Komplementbindung 1051.
de Amicis, Arturo, Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum mit Exitus letalis 799.
Andersen, Kr., Einige Untersuchungen üb. die klin. Anwendbarkeit der lokalen Tuberkulinreaktionen 1280.
Anderson, Angioneurotische Exantheme nach Aspirin 1249.
De Angelis, G. 1250.
v. Angerer, C., Zur Epiphaninreaktion 846.
Angus, W., Skarlatinöser Ausschlag dch. Terebinthina veneta hervorgerufen 1277.
Anthony, Henry Giles 1306.
Antonelli, Einige Bemerkgn. üb. Augenuntersuchungen in der dermato-syphilidologischen Abteilg. des Hospitals Saint-Louis 990.
*Aoki, T., Üb. die therapeutische Anwendung der Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten 1427.
Apert, Schwere Chorea b. einer Syphilitischen 901.
Aragão, H., Histologische Präparate von Molluscum cortagiosum 1047, ferner 1414.
Argaud, R., s. Brault.
Armbruster, Gottfried, Zur Genese von Röteln, Masern u. Scharlach 1279.

Digitized by Google

Arndt, 2 Fälle v. Granuloma annulare 981, ferner 981, 982, 1449.
Arning 1394.
Arnold, W., Üb. orthostat. Albuminurie u. ihre Beziehgn. z. Tuberkulose nach Untersuchgn. bei Hautkranken, insbes. bei Hauttuberkulose u. Syphilis 1192.
Aronson u. Sommerfeld, Weitere Mitteilungen üb. die Giftigkeit des Harns bei Masern u. anderen Infektionskrankheiten 1279.
Arzt, L., u. Kerl, W., Z. Kenntnis der biolog. Wirkungen des Radiums 1241.
— u. Schramek, M., Zur Technik der intravenösen Injektion 1058.
Asch, Paul 1260.
Asen, Johannes, Eine Leprosenordnung von Melaten b. Köln a. d. 16. Jahrhundert 1319.
Aßmann, H., Üb. Störungen des Nervensystems n. Salvarsanbhdlg. unter bes. Berücksichtgg. des Verhaltens der Zerebrospinalflüssigkeit („Neurorezidive". Ein Salvarsantodesfall.) 926.
Aßmy u. Kyritz, Üb. Salvarsanbhdlg. geschwüriger Prozesse, welche dch. die Vincentsche Symbiose veranlaßt sind 1019.
Attix, James C., Ein billiger, wirksamer u. prakt. Apparat f. die Anwendung von Salvarsan oder einer and. Lösg., sowohl f. intravenöse wie für hypodermatische Zwecke geeignet 988.
Audebert s. Gaucher.
Audry, Ch., Warum soll man Paralytiker behandeln? 1075.
Austregesilo 1042.
Axilbund, Samuel, Ein Fall von tertiärer Syphilis, kombiniert mit Glykosurie; erfolgreich bhdlt. mit Neosalvarsan 1360.
de Azúa, Juan, Ulzerationen b. e. Hysterischen dch. Simulation hervorgerufen 984.
— 2 Fälle v. tödl. Hämorrhagie dch. Pharynxgummata 985.
— Lokale Arsenanaphylaxie? 986.
— Sarcomatosis cutanea idiopathica multiplex 1416.

Babadjan, M., Favus capillitii und Lupus erythematodes disseminatus 1236.
— Prurigo 1237.
Babesch, A., u. Buia, I., Ovariale Opotherapie i. d. Bhdlg. des Pruritus vulvae 1140.
Babinsky, Die heredit., familiäre u. konjugale spezifische Meningitis 868.
Babonneix, Terrien, F., u. Dantielle, Nervöse Heredosyphilis 846.
— L., Aneurysma der Arteria vertebralis und Nephritis interstitialis b. e. jungen Frau. Wahrscheinliche Syphilis 1520.
Bach, Alcide, Üb. die Blutdruckspannung im Verlaufe des Erysipels u. ihre prognost. Bedeutung 1018.
Bachmann s. Le Fort.
Bachrach, Robert, Üb. endovesikale u. endourethrale Bhdlg. mit Hochfrequenzströmen 1055.
Bachstez, E., Üb. lokale Bhdlg. d. Keratitis parenchymatosa m. Neosalvarsan 877.
Badin u. Uteau, Apparat f. Zystotomisierte 840.
v. Baelz, Erwin 1146.
Bäumer, E., Die Bhdlg. des Hautjuckens 1140.
Bahr (Frankfurt a./M.) 1266.
Baker, E. B. 1250.
Balina, P. 1058.
Ballenger, Edgar G., u. Elden, Omar F., Üb. Meatotomie, eine verbesserte Operationstechnik 1159.
Ballerini, Quinckesche Krankheit und Schwangerschaft 1248.
Balliano, A., Üb. einen Fall von primärer Tuberkulose der Samenkanälchen des Hodens u. des Nebenhodens 1165.
Balzer, F., Die Technik der intramuskulären Injektionen von Salvarsan in öliger Suspension 922.
— Das Mineral des Ichthyols aus Saint-Champs 1183.
— Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten u. Anzeigepflicht der Syphilis in den skandinavischen Staaten 1224.
— Die Heirat des Syphilitikers. Soll er seine Krankheit vor der Hochzeit bekennen? 1303.
— Dantin u. Landesmann, Myiasis repens dch. Hypoderma bovis 808.
— u. Landesmann, Skrofulo-tuberkulöse Halslymphdrüsenschwellung. Erythema nodosum u. Lichen scrophulosorum 1079.
— — Familiärer kongenit. Pemphigus m. Bildg. v. Epidermiszysten 1081.
— — Syphilit. Schanker des Vorderarmes 1182.
— — Kraurosis vulvae u. Lichen atrophicus 1182.
Bankowski, J., s. Marie, A.
Barbey, A., Üb. die Insuffizienz des vesikalen Harnleiterendes 1325.

Digitized by Google

Barkan, Hans, Zur Frage d. infantilen und juvenilen Tabes 897.
Barladeau, A. G., Methoden der Wasserdestillation 1392.
Barnabò, Valentino, Weitere experim. Untersuchgn. üb. die innere Sekretion der Hoden 1164.
Barnett, Charles E., Unilaterale vielfache Zystenbildg. an der Niere 1478.
Barré s. Souques.
Barriere, C. 1058.
Barth, A., Üb. chirurg. Bhdlg. der Anurie 1325.
Bartolotti, Cesare, Dystrophia endocrina-sympathica; Hypogenitalismus m. Hemilipomatosis diffusa d. Haut 1305.
Baschkopf, J. 1058.
Bassal s. Uteau.
Bastos, Henrique, Spontanfraktur der Blasensteine 1477.
Bauer u. Hirsch, Üb. akute syphilit. Nierenentzdg. in der Frühperiode 873.
— Julius, u. Skutetzky, Karl, Zur Pathologie der Blutlipoide m. bes. Berücksichtg. d. Syphilis 1419.
— Richard, u. Habetin, Paul, Weitere Erfahrgn. üb. luetische u. postluetische Erkrankgn. der Niere 1487.
Braun, Mollusca contagiosa 864.
Bayer, R., Einiges über das Sarkom der Scheidenhaut des Hodens u. des Samenstranges 1165.
Bazzicalupo, G., Meiostagminreaktion u. Wassermann-Reaktion: vergleich. Untersuchgn. bei Lues 1486.
Beaujeu s. Jaubert.
Beaurepaire-Aragão u. Vianna, Gaspar, Granuloma ulcerosum tropicale 1040.
Beck, Karl, Untersuchgn. zur Frage nach der Entstehg. von Taubstummheit dch. die Syphilis 1326.
Beck, S. C., Heilversuche mit Wassermannscher lokaler Immunisierung auf der Haut 1011.
*— u. Mohr, M., Üb. die Häufigkeit u. diagnost. Bedeutg. der Papillitis nervi optici bei der Säuglingssyphilis 1363.
Becker (Frankfurt), Was soll der Nicht-Röntgenarzt üb. das X-Erythem wissen? 1276.
Bécus, G., Üb. die Existenz einer Zona reflekt. Natur 1277.
Bedford, P. W., Die Bhdlg. des Lupus nasi m. naszierendem Jod 1282.
Beer, Edwin, Bhdlg. der gutartigen Blasenpapillome durch Hochfrequenzströme mit Hilfe eines Zystoskopes 1010, 1162.
Behla, Meine Züchtungsmethode des Blastozoon globosum aus krebsartigen Geschwülsten u. seine diagnost. Verwertbarkeit 1024.
Belfield, William T., Skiagraphie der Ductus seminales 1166.
Bensa (Nizza), Technik d. hypogastr. Prostatektomie 840.
Bensaude, R., u. Emery, E., Bronchopulmonäre Syphilis mit Mediastinalkarzinom verwechselt 875.
Berg (Frankfurt a./M.) 1266.
Berger, B. 1306.
Bériel, L., u. Drey, Sklerodermie mit Trismus 1111.
Berkowitz, Rosa, Rheumatismus nodosus im Kindesalter 1021.
Berkusky, R., Die sexuelle Moral d. primit. Stämme Indonesiens 866.
Bernabei, V. G., Untersuchgn. üb. Substanzen m. trichoblastischer Wirkung 960.
Bernhardt, Ernst, Üb. neuere Modifikationen (Karvonen, Manoiloff) u. zur Technik der Wassermannschen Reaktion 1485.
Bernheim, W., Üb. die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis u. den Gebrauch von Bioxzahnpaste 983.
Bernstein, J., Gangraena penis 960, 1237, ferner 958, 959, 1237.
Bertarelli, A., Üb. die Anwendg. intramuskulärer Salvarsaninjektion 1185.
— E., Die Dauer der Vakzineimmunität 1279.
— u. Melli, C., Üb. eine seltene spätsyphilit. Erscheing. b. Kaninchen 1419.
Bertin s. Dufour.
Bessonow, Z. Frage d. Bhdlg. des Pemphigus foliaceus Cazenave m. Salvarsan u. über eine seltene Dissemination des Pemphigus 1295.
Bettmann (Heidelberg), Spontane Rückbildg. eines Naevus verrucosus unius lateris 832, ferner 1394, 1448.
de Beurmann u. Fulconis, Fall von Sporotrichose 938.
— u. Gougerot, Bazillurie u. Bazillämie (nach Hansen). Die Niere der Leprösen. 1. Nephritis leprosa haematurica (Haematuria leprosa). 2. Bazillämie, Bazillurie ohne Nierenläsionen 1319.
Bevacqua, Alfredo, Fuso-spirilläre Assoziationen in e. Falle v. Pseudoelefantiasis des unteren linken Gliedes b. e. Araber 1107.
Beyer, A. G., Bericht üb. e. Fall von Rückenmarkssyphilis, der m. Salvarsan geheilt wurde 969.

Digitized by Google

Beyerlein, K., Üb. Kombination von Tuberkulose und Aktinomykose 1296.
Biach, Moriz, Reinfectio syphilitica nach dreieinhalb Monaten 1418.
Bierhoff, Frederic, Üb. die sogenannte „Page Bill" des Staates New York 1325.
Bingold, Konrad, Btrg. zur diffusen Knochenlues 1489.
Bishop, Louis Fangeres, Arteriosklerose und Hautkrankheiten 1360.
Bitter, Ludwig, Neues zur Technik der Sporen- und Gonokokkenfärbung, zugleich Mitteilungen üb. milzbrandähnliche u. wandernde Erdbazillen 1222.
Bizzozero, Enzo, Üb. eine Eigentümlichkeit in der Struktur der Schweißdrüsen b. e. Naevus sebaceus 1143.
Bjelokur, Zur Frage des syphilitischen Fiebers 1357.
Blaine, James M. 1282.
Blanchard (Lorient), Bhdlg. gangränöser Wunden m. Alkohol 1019.
Blanco, J., Tuberkulose u. Addisonsche Krankheit 1110.
Blank 982.
Blaschko, A., Lupus erythematodes 981.
— Ein Negeralbino 1142.
— Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen üb. die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? 1326.
— Hygiene u. Rechtsprechung 1326, ferner 864, 982, 1411, 1394.
Bloch (Frankfurt a./M.), Sekundäre Koliinfektion des Nierenbeckens 1269, ferner 1262, 1270.
— Bruno, Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen 1191.
— Boecksches Lupoid 1447.
— u. Fuchs, H., Üb. die Beziehungen des chron. Lupus erythematodes z. Tuberkulose 1050.
— Iwan 1250.
Bloom, Jefferson D., Üb. embryonale Adenosarkome d. Niere 1479.
Blum, V., Blutiger Blasenkatarrh u. einf. Blasengeschwür 1267, ferner 1267, 1268.
Blumenthal, Mycosis fungoides 864.
Boas u. Ditlevsen, Christian, Untersuchgn. üb. Noguchis Luetinreaktion 1051.
— Harald und Eiken, Hjalmar, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit Leichenblut ausgeführt 796.
Boeckel, André, Ureterovaginale Fistel nach Hysterektomie dch. Dauerkatheter geheilt 1337.
— Heilg. einer Nierenfistel nach Nephrolithotomie durch Dauerkatheter 1517.
Bogoljepow, Zur Frage der Ätiologie der Syphilis 1357, ferner 1007.
Bogrow, S. L., Eine neue Methode der Anwendg. des Kohlensäureschnees 1157.
— Zur Frage der Nebenwirkg. des Urotropins bei Retentio urinae 1512.
*— u. Tschernogubow, N. A., Trichophytie der Erwachsenen *1027, 1295.
Bohne, Ein Btrg. zur Spermatozoenfärbung 1168.
du Bois, Ch., Generalisierte Sporotrichose m. multiplen uneröffneten disseminierten Gummen 938.
Bonnet, L. M., Meningitis syphilitica acuta 882.
— Dermatitis polymorpha 991.
— u. Garnier, Parrotsche Pseudoparalyse m. anormalem Sitze 900.
Borelius, J., Üb. die Bedeutg. der anormalen Nierengefäße f. die Entstehg. u. Entwicklg. der Hydronephrose 987.
Born (Wildungen) 1265.
Boroß, Ernst, Üb. die eingeklemmten Uretersteine 1213.
Bortlin (Gießen), Pellidol u. Azodolen (Kalle u. Co., A.-G. Biebrich) z. Bhdlg. d. Ekzeme bei exsudativer Diathese 935.
Boruchowitsch, Das Naftalan bei akutem Ekzem 894.
— Ekzema e professione u. seine Bhdlg. 1512.
Bory, Louis, Lymphadenom des Zahnfleisches b. einem tuberkulösen Syphilitiker, das für Syphilis gehalten u. erst dch. die histolog. Untersuchg. richtig diagnostiziert wurde. Heilung durch Arsen 1185.
— Polyneuritis d. Hirnnerven nach Salvarsan 990.
Botelli, Carlo, Lichen nitidus (Pinkus) 1354.
Boughmon, W. H. 1306.
Boulanger (Paris), Blennorrhoische Urethro-Zystitis, Uropyonephrosis, Nephrektomie. Linksseitige Pyonephrose, hintere Pyelotomie, Nephrektomie, Ausgang in Heilung 1056.
— Bhdlg. der Impotenz dch. epidurale Injektionen 1167.
— L., Neue Instrumente 1089.
— Eine klinische u. therap. Bemerkg. zur tuberkulösen Zystitis 1337.
Boulud, R., s. Bret.
Bouttier s. Queyrat.
Bowen, John T., Intensive Bronzefärbung mit Hauttumoren in e. Falle v.

Digitized by Google

malignem Lymphoma (Hodgkinscher Krankheit) 1384.
Brady, William, Chronische Beingeschwüre, einige Worte üb. ihre Behandlung 1136.
Brand, Adolf, Über Hypertrichosis 1144.
Brandweiner, Lupus der Glans 1451, ferner 1450.
Brault, J., Gangränöse Phlegmone des perikavernösen Penisgewebes bei Diabetikern 1159.
— u. Argaud, R., Multiple Hauttumoren von sarkoidem Typus 1076.
Breda, Achille, Die Lepra d. Augapfels u. seiner Adnexe 813.
Bremener, Ein Fall von Sporotrichosis 990.
Breßlen, Jacob, Die Bhdlg. der Psoriasis 932.
Bret, J., u. Boulud, R., Der Harnstoffkoeffizient im Urin bei Nieren- u. Herzaffektionen 1186.
Brewer, George Emerson, Beobachtungen üb. akute hämatogene Infektionen der Niere 1387.
Brin, Louis, Syphilis maligna praecox 1303.
Brisson, Pierre, Die oxydierende Kraft des Kochsalzes; seine Wirkg. bei gewissen Dermatosen 1075.
Brocq, L., Die artefiziellen Eruptionen dch. rohen Steinkohlenteer 1076.
— Fernet u. Maurel, Sklerodermie mit rapidem Verlaufe bei sekund. Syphilis 1180.
— u. Simon, Die Therapie der Psoriasis 932.
Brodfeld, Eugen, Medikamentöse chron. Arsenvergiftg. b. e. Lueskranken 904.
Harnröhrenentzdgn. nicht blennorrh. Natur 1159.
— Über durch Blennorrhoe und Syphilis bedingte Erkrankungen der Zirkulationsorgane 1458.
— Ein Fall von Lues haemorrhagica 1486.
Broeman, C. J., Lichen planus m. ausgedehnter Erkrankung der Mundschleimhaut 968.
Brongersma, H. R. G. J., Seltene angeborene Blasendivertikel 1268, ferner 1250.
Broughton, W., Vakzinotherapie mit Virusvakzine von Besredka 1242.
Bruck, C., Chemotherapie mit Goldpräparaten u. Borcholin 1413.
— F., Zur persönl. Prophylaxe der Syphilis. Zugleich ein Beitrag zur Frage, auf welche Weise von latentsyphilitischen Prostituierten Infektionen ausgehen können 901.
Bua, Callisto, Üb. d. Gebrauch d. Kohlensäureschnees b. einigen Hautkrankheiten 813.
Bucky, G., Üb. die optisch korrekte Ablesung von Farbänderungen bei Röntgenstrahlendosimetern 1194.
— u. Frank, E. R. W., Üb. Operationen im Blaseninnern m. Hilfe v. Hochfrequenzströmen 1161.
Buerger, Leo, Ein Btrg. z. Kenntnis vom Ulcus simplex vesicae 817.
— Neue Methode z. Diagnose d. Nierentuberkulose 839.
— Kongenitale Blasendivertikel m. kontraktiler Öffnung 1083, 1329.
— Blasengeschwüre 1162.
— Zur Klinik der Operationszystoskopie 1323.
Buhr (Wiesbaden) 1267.
Buia, J., s. Babesch.
Bulgakow, Ein Fall von Salvarsananwendung b. e. Kranken m. chron. Malaria u. Syphilis 921.
Bulliard, H., Rezidivierendes skarlatinif. Erythem n. Neosalvarsan 1321.
Bunch, J. L., 3 Fälle von Granuloma annulare 967.
— Fall zum Diagnostizieren 1180.
— Hereditäre Dupuytrensche Kontraktur 1383.
Burchard, E., s. Hirschfeld.
Burkett, William Wilson 1306.
Burkhardt, Friedr. Oskar, Üb. den syphilitischen Primäraffekt am Rumpfe 1391.
Burnier, R., Frühzeitige Arsenkeratose nach Hektin 1081.
— Die Kauterisation vermittels Kälte 1241.
Burty, Suburethraler Abszeß b. der Frau 1188.
Busch, Z. Frage d. Schilddrüsenveränderungen bei Syphilis 867.
Buschke, A., Z. Frage d. experim. Thoriumalopezie 1047.
Bussy s. Nicolas.
Buttersack (Trier), Seife als Ursache des Hautjuckens 1140.
Buys, Der Hennebertsche Symptomenkomplex b. d. heredosyphil. Labyrinthitis 847.
Byloff, K., Btrg. z. Kenntnis d. Aneurysmen d. Bauchaorta 871.

Caan, A., Z. Bhdlg. maligner Tumoren m. radioaktiv. Substanzen 1023.
Cabanis s. Rouzaud.

Digitized by Google

Caesar, Victor, Sieben Fälle von zerebralen Erkrankgn. nach Salvarsanbehandlung 962.
— Vier Fälle von Prostataatrophie 1133.
de la Cal, Pedro Prieto, Unsere hygienischen Maßnahmen in Marokko 1101.
Calle, Luis F., Enzephaloide Kopfhaut 807.
Campana, Lepra 1100.
— Entzündl. Papillom b. e. heredosyph. Knaben 1100.
— Urticaria papulosa (Heredolues Malaria) 1101.
— Maculae caeruleae inf. Pediculi pubis 1101.
— Tuberkulose 1416.
Carini, A., Üb. e. Fall v. Myzetom d. Wange 813.
Carle (Lyon), Neosalvarsan, Späthemiplegie, Tod 811.
— Vierte u. letzte Ausführung üb. die Erbsyphilis, ihre Gesetze u. deren Auslegung 1320.
Casper, Leopold, Die Urologie als Wissenschaft und Lehrfach 1258, 1514, ferner 1270.
Cassoute (Marseille), Differente Wasserm. Reaktion b. Zwillingen 844.
Casteigne, J., Familiäre syph. Albuminurie 873.
— Hanotscher Symptomenkomplex und Syphilis 1489.
— Sekundärsyphilitischer Ikterus 1518.
Castellani, A., Kopra-Skabies 936.
Castellino, P., Physiopathologie d. Nebennieren in ihrem Zusammenhang mit der Addisonschen Krankheit 1110 (Bis).
Castorina (Catania), Üb. die blennorrh. Zystitis 1216.
Cathelin, F., Die Grenzen der Zystoskopie 1188.
— Die Auskultation der Niere 1481.
Caussade, G., u. Lévy-Franckel, Georges, Ein Fall v. Arteriitis der Fingerkollateralen dch. Quecksilber geheilt 1078.
Ceni 961.
Cestan, R., u. Pujol, Ein Fall von klinostatischer Chyluria nostras 1193.
Charbonneau, E. G., Hochfrequenzströme bei Ekzema 935.
Charlet, L., s. Nicolas.
Cherry, Geo A. 1306.
Chevallier, Paul, s. Jeanselme.
Di Chiara, Lokalisation u. moderne Bhdlg. der Blennorrhagie b. der Frau 1087.
Chifoliau u. Duroeux, L., Mischaffektionen der Zunge: Syphilis und Krebs 989.
Chipman, Ernest Dwight, Ätiologie und Therapie der Akne 1012.
Chiray, Maurice, Die funktionelle Nierenprüfung 1089.
Chompret, J., Phagedänischer Schanker des Zahnfleisches 1078.
— Miliartuberkulose des Zahnfleisches u. der Lippen 1081.
— u. Izard, Aktinomykose des Gesichts 807.
Chotzen, Martin, Die sexualpädagogische Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1477.
Christ, J., Üb. kongenit. ektodermale Defekte u. ihre Beziehgn. zueinander: vikariierende Pigment- f. Haarbildung 1049.
Chudavszky, Móricz, Über Blasenbrüche 1162.
Ciaccio, C., Üb. einen seltenen benignen Tumor des Samenstranges (Fibroplasmozytom) 1167.
Cipulla, Michelangelo, Ein Fall von Orientbeule in der Provinz Palermo 1014.
Clapp, C. A., Taubheit nach Salvarsan 926.
Clark, A. Schuyler, s. Whitehouse.
Clippingdale, S. D., The Leper Window 1320.
Cochez, Undurchgängige traumatische Striktur der Harnröhre 1087.
Cohn, James, s. Lilienfeld.
— Paul, Zur Bhdlg. der Pyelonephritis 1476.
— Th., Diagnose u. Therapie der Nierneiterungen 1269, ferner 1262.
— Willy, Üb. intraven. Injektion konzent. Neosalvarsans 1177.
Cole, Harold N., Verruga peruana, eine vergleichend histol. Studie am Menschen u. Affen 968.
Colin, Gabriel, Wert der Elektrolyse b. d. Bhdlg. von Harnröhrenstrikturen 1089.
Collet, F. J., u. Alloin, H., Wahrscheinl. spezif. Zungentumor 873.
*Colman, James, Über die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln 1459.
Colmers (Gotha) 1266.
Combres, Pierre, Die verschiedenen Bhdlgsmethoden des weichen Schankers 1016.
Compañ, V., Btrg. z. Wirkg. der Antimeningokokken-Serumtherapie b. der Arthrotendosynovitis blennorrhoica 1101.
Conrad (Karlsbad) 1270.

Digitized by Google

Constantinescu, J., Die entfernten Resultate der transvesikalen Prostatektomie 1169.
*Copelli, Mario, Bakt. Untersuchgn. üb. Pemphigus 995.
— Btrg. z. Kenntnis der Magensyphilis 1099.
Coppolino, C., Keratosis follicularis spinulosa 1051.
Corbett, Dudley, Eine Methode, die bei der Sabouraud-Noiré-Pastille gegebenen Farbentöne genau festzulegen 1210.
Core, D. E., Tödliche Hämatemese b. e. Falle von Lebersyphilis 875.
Cortett, J. Frank, Formen v. experiment. Nephritis 1479.
Coues, Wm. Pearce, Üb. nicht erkannte u. latente Syphilis v. ärztl. Standpunkte aus 834.
Courmont, P., u. Froment, J., Meningitis cerebrospinalis u. Syph. hered. tarda 868.
— — Meningitis cerebrospinalis b. e. Hereditärsyphilitischen 882.
Covisa, José S., Ein bemerkenswerter Fall von Knochensyphilis 984.
— 2 Fälle von Ikterus nach Salvarsan 985.
— Postkonzeptionelle Syphilis 1416.
— Rückenmarksyphilis v. amyotrophischem Typus 1416.
Craig, Charles F., Die Deutg. d. Resultate der Wassermann-Reaktion 844.
Cregan, G. F., Eisessig bei Psoriasis 932.
*Cronquist, Carl, Wie wirken die Balsamika? 1096.
— Erfahrungen über die endourethrale Massage nach Sellei 1453.
Cruveillier, Bhdlg. d. blennorrh. Nebenhodenentzdg. mit Virusvakzine v. Besredka 1218.
Csillag, J., Lanugo-Komedonen 1052.
Culler, Robert M., Epididymotomie; ein Wort für eine rationelle Bhdlg. der Epididymitis 1218.
Cumston, Charles Greene, Üb. Cystotomia suprapubica, ihre Indikationen bei Prostatakarzinom, m. entsprechenden Fällen 1169.
Cunningham, William P., Psoriasis — eine Neurose 929.
— Ungewöhnliches Sklerodermа 1111.
— Cutis index morbi 1305.
— Acne vulgaris 1328.
Czinner (Wien), Intravesikale Samenblasenzyste 1269, ferner 1263.

Dagajew, Drei Fälle von Parapsoriasis (Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées Brocq) 1512.
Dagata, Experim. Untersuchgn. üb. die Sporotrichosen 961.
Dalché, Paul, Üb. Vaginalspülungen 1188.
van Dam, J. M., Die radikale Bhdlg. angeborener Blasendivertikel 1162.
Danis, Regionäre Anästhesie 1518.
Dantin s. Balzer.
Dardel, Jean, Tripperrheumatismus bei Rheumatikern 1217.
Darricarrère s. Granjux.
Dautielle s. Babonneix.
David (Breslau), Geschlechtskrankheiten und Eherecht 1387.
Davis, Haldin, Epithelioma und Ulcus rodens, bei demselben Patienten vorkommend 802.
— Fall von neurotischen Exkoriationen 1179.
— Fall von Mykosis fungoides 1179.
— s. Whitfield.
— John Staige, Transplantation von Rippenknorpel in gestielte Hautlappen 1334.
Debat s. Jacquet.
Debeaux (Toulouse), Latente Blasensteine 1516.
— Komplikationen bei weiten Strikturen 1518.
*Degrais, Louis Wickham † 1508.
— s. Wickham, Pasteau.
Delbanco, Lupus 1443.
Delbet, Paul, Rezidivierender Hodenkrebs 1188.
— Pierre, Syphilit. Ostitis d. Tibia 874.
— Malum perforans plantare 1137.
Deneke (Hamburg), Syphilitische und postsyphilitische Erkrankgn. des Nervensystems bei Aortitis 1519.
— Üb. die syphil. Aortenerkrankg. 869.
Dercum, F. X., Nervöse Symptome b. Erkrankg. der Prostata 1168.
Desmoulière s. Paris.
Desnos, M., Die Strikturen des Ureters 1085.
Deton, W., Die Pathogenese des Prostatismus 1186.
— Interureteraler Wulst als Ursache einer kompletten Harnverhaltung 1187.
Dewoianz, H. 1271.
Dick, Geo F., Üb. ein Zylindrom der Haut 1106.
Dietschy, R., Ein Fall v. Oberschenkelmamilla b. Manne 1058.
Ditlevsen, Christian, s. Boas.
Dluski-Rudzki, Üb. die klin. Bedeutg. d. Moroschen Tuberkulinreaktion 1280.
Dobralowskaja, N., Ü. den klin. Wert des Scharlachrot u. Amidoazotoluol 1244.

Digitized by Google

Dognew, Ein Fall von tertiärer Syphilis mit dem Charakter eines sekundären Ausschlages 1009.
Dohi, K., u. Koike, M., Klinische, histolog. u. bakteriol. Beiträge zur Kenntnis d. Mycetoma pedis in Japan 1476.
Dominici, L., Btrg. z. Studium der Nierenzysten 1359.
Dore, S. E., s. Morris, M.
Le Double, A. F. 1426.
Doutrelepont 1394.
Dowden, J. W., Rezidivierende Achsendrehung des Funiculus spermaticus 1166.
*Dreuw (Berlin), Die Bhdlg. der Impotenz mit Kollikuluskaustik, Hydrovibration u. Organtherapie 1491.
Drey s. Bériel.
Dreyer, A., Zur Klinik der Blasensyphilis 832, 962.
— Üb. die Latenzdauer der Wasserm. Reaktion 1422.
Dreyfus, G. L., Neosalvarsan, Erfahrgn. mit Salvarsan IV 928.
— s. Altmann.
Drobini, Bhdlg. d. Blennorrhagie u. ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzine 1010.
Drouan, Louis, Betrachtgn. üb. einen Fall von subkut. verkalktem Granulom 1015.
Drügg, W., Untersuchg. m. der v. Dungernschen Vereinfachg. d. Wasserm. Reaktion 845.
Drury, J. N. 1306.
Dubois, F., Versuch der Bhdlg. d. Ulcus molle mit lokalen Salvarsanapplikationen 1016.
Dubois-Havenith, Jährlich zweimal rezidivierender Herpes der Haut 1277, ferner 1322.
Dubreuilh, W., Diffuses Elastom d. Haut 808.
Ducastaing, R., Fibrom der Dorsalseite der Hand n. e. Trauma 1106.
Dufaux (Berlin), Aufbewahrg. u. Sterilisation halbweicher Instrumente 816.
Dufour u. Bertin, Pagetsche Knochenerkrankg. m. Neosalvarsan behandelt 874.
Duhot, Salvarsan bei Syphilis 1518.
Duhring, Louis A. 916.
Dumont, Addisonsche Krankheit 1110.
— Fritz L., Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste 1386.
Duprey, Jules, Btrg. z. Kenntnis d. einfach. u. komplizierten Pruritus der Tabiker 1140.
Durand, Sporotrichose m. e. Nierenabszeß 990.
Duret s. Milian.
Duroeux, Louis, s. Lévy-Bing, Chifoliau.
Dyer, Isadore, Die Bhdlg. der Pellagra 1274.
Deyson, W. 1282.

Eastmond, Charles, Genaue Diagnose von Nieren- u. Ureterensteinen 1327.
Eddowes, A., Fall zum Diagnostizieren 801.
Edmunds, A., Eine Operationsmethode bei Hypospadie 1158.
Efstratiu (Smyrna) 1058.
Egis, B. 1235.
Ehrich, William S., Urinsteine 835.
Ehrlich, Paul, Üb. den jetzigen Stand der Salvarsantherapie m. bes. Berücksichtgg. der Nebenwirkgn. u. deren Vermeidung 918.
— Üb. Salvarsan und Neosalvarsan 1240, ferner 1250.
Ehrmann, S., Tuberkulide 1410.
— Akrodermatitis atrophicans 1451, ferner 1394.
Eichmüller, G., Betrachtgn. üb. 2 Leprafälle in Tunis 963.
Eiken, Hjalmar, s. Boas.
Eisenstaedt, J. S., Die rationelle Syphilisbhdlg. im Lichte der modernen Forschungen 901.
— Drei Fälle familiärer Dystrophie der Haare u. Nägel 1139.
Ekehorn, G., Ein Fall von Bilharziosis in Upsala 1183.
Elden, Omar F., s. Ballenger.
Eliasberg, Julius, Üb. den therapeut. Wert des Salvarsans 1476, ferner 1008.
Ellermann, V., Quantitative Ausflockungsreaktion bei Syphilis 841.
Emery, E., s. Bensaude.
Engel, Franz, Üb. die Veränderungen an den Aortenklappen bei Aortensyphilis 1519.
Englisch, Josef, Zur Anatomie der Prostatahypertrophie 1183, 1477 (Bis).
Engmann, Martin L., Ein Psoriasis-Familienstamm 1295.
Epstein, Alois, Über Blattern und Impfung in Böhmen 798.
— J., Ein Fall von Psoriasis 931.
Erlacher, Philipp, Kausale u. symptomat. Bhdlg. blennorrh. Prozesse des Mannes m. bes. Berücksichtgg. der Original-Gonokokkenvakzine Menzer 1219.

Digitized by Google

Escande, Frank, Meningoenzephalitis im Verlaufe einer mit Neosalvarsan bhdltn. Sekundärlues 882.
Espozel, F., Sensibilitätsstörgn. bei Lepra 1041.
Etienne, E., s. Jeanbrau.
Evangelistà, Alberto, Ein Fall von spinaler Syphilis. Klin. u. histol. Untersuchungen 896.
Evely, Labyrinthitis syphilitica 926.
Eyles, Franz, Ostitis u. Osteomvelitis luetica des link. horizontalen Unterkieferastes in e. Falle v. Lues hered. tarda 847.

Fabry, Joh., Über kombinierte Behandlung von Hautkarzinomen mit Kohlensäuregefrierung und Röntgenstrahlen 798.
— II. Bericht üb. die Anwendg. der Payrschen Operation bei Gesichtslupus 1047, ferner 1450.
Faginoli, O., Üb. die Anwesenheit von säurefesten Bazillen im zirkul. Blut 1222.
Farker, Ignaz, Arthigon bei blennorrh. Gelenkentzündungen 1217.
Fasal, Chemische Grundlagen der Haarfarben 1451.
Faujas s. Rebatu.
Dalla Favera, Üb. die Kultur der Spirochaeta pallida (Schaudinn) u. ihre Verwertbarkeit i. der Syphilidologie 1222.
— Erste Resultate der Lupusbhdlg. m. intraven. Injekt. von Gold- und Kaliumzyanür (Methode von Bruck u. Glück) 1355.
v. Fedoroff (Petersburg), Üb. Entstehg., Bhdlg. u. Verhütg. d. Blasensteine 1264.
Fehling, H., Z. Bhdlg. der Blasenschwäche beim Weibe 1214.
Fehlinger, H., Gedanken üb. sexuelle Anpassung 866.
Feldmann, A., Prurigo ferox 958.
Feliziani, F., Lebersklerose u. -gumma und Aneurysma des Aortenbogens 876.
Ferguson, A. R., s. Madden.
Fernet s. Brocq.
Ferrari, Enrico, u. Urizio, Lino, Die Meiostagminreaktion bei Verwendg. von Lezithinextrakten 1486.
Ferrarini, Guido, Üb. einen Fall von Granuloma pedunculatum 1015.
Ferreyrolles s. Gastou.
Ferron, Jean, Lufteinblasg. in die Blase 840.
— Tuberkulose e. ektopischen Hodens 1085.
Fiessinger, Ch., Die Bhdlg. der Aortenaneurysmen 871.
— Noël, Die syph. Mediastinitis 874.
— Der Ikterus n. Äther- und Chloroformnarkose 1142.
Findlay, L., u. Watson, H. F., Ekzem am Munde als Symptom von kongenit. Syphilis 934.
Finger, E., Quecksilber und Salvarsan. Bemerkgn. zur Syphilistherapie u. zur Wirkg. der gebräuchlichen Antisyphilitika 1245, ferner 1394.
Finkelstein u. Gerschun, Zur Serodiagnostik der blennorrh. Erkrankungen 895.
Fiore, Gennardo, Das Salvarsan in d. Bhdlg. der Sydenhamschen Chorea. Sydenhamsche Chorea u. heredit. Lues 1521.
Fiorito, G., Üb. die Anwesenheit von Spirochaeta pallida im Sekret d. Augenbindehaut 877.
Fischel, L., Jodipin per clysma bei Prostatitis 1168.
*Fischer, Ein schwerer Anfall zerebraler Erkrankg. n. Arthigoninjektionen 858.
— Aladár, Üb. die chirurg. Bhdlg. der Ectopia testis 1164.
— Franz, Erfahrungen über die Behandlung der Mikrosporie 800.
— Oskar, Das Problem der Paralysetherapie 900.
*— W., Das Trichophyton gypseum asteroides und zwei neue Vertreter dieser Gruppe (Tr. g. griseum und radioplicatum) 1395.
Fisichella, Vincenzo 1282.
Fisser (Pewsun), Schweinerotlauf beim Menschen 1017.
Fitzwilliams, D. C. L., u. Vincent, W. H., Ein Fall von Gangrän des Beines b. e. 11 Tage alten Kinde; Amputation; Genesung 1019.
Flesch, Die Metalues in versicherungsärztl. diagnost.-prognost. Hinsicht 1303.
— Max, Abiturientenvorträge für Sekundaner 1326.
Florowsky, H., Kältebhdlg. der Ulcera cruris 1271.
Flouquet, Pyonephrose, Schwangerschaft, Scharlach 1189.
Foerster, O. H., Negative Wassermannsche Reaktion bei unbhdlter. tertiärer Haut- und Schleimhautsyphilis 968.
*Fontana, Artur, Eine neue Spritze f. intraven. Injektionen 1032.
Fordyce, John A. 1306.
Le Fort, René, u. Bachmann, Pseudotuberkulöse Manifestationen bei Erbsyphilitischen 1390.

Digitized by Google

Fouquet, Ch., Multiple symmetrische Hydarthrosen b. hered. Syphilis 807.
— Zwei Fälle von Alopecia circumscripta n. nervös. Choc 807.
— Die Syphilis bei den Friseuren 970.
Fournier, A., s. Paris, J.
— Ed., u. Joltrain, Kongenit. hämolyt. Ikterus b. e. Heredosyphilitischen 816.
— François, Blut an der Harnröhrenmündg. oder im Urin 1517.
Fox, George Henry, Die Klassifikation und Nomenklatur d. erworb. Hautsyphilis 803.
— H. 1058.
Fraenkel, Zur Frage d. postblennorrh. Entzündgn. d. Urogenitaltraktus 894.
— Eug., Üb. die angeborene Syphilis platter Knochen u. ihre röntgenolog. Erkennung 873.
Fränkel, Siegmund 1490.
Fraisse (Hyères), Zur urethroskopischen Technik 1187.
Franceschini, Giovanni 1338.
Franchini, G., u. Mandovani, M., Der erste dch. den Befund des Parasiten diagnostizierte Fall von brasilianischer Hautleishmaniose 1014.
François, Jules, Umwandlung der zystischen in die glanduläre Zystitis 1186.
— Paul, Bhdlg. d. Syphilis mit Salvarsan 1322.
*Frank, IV. Kongreß d. Deutschen Gesellschaft für Urologie 1258.
— Mechanische Ursachen der Entstehg. der Steine 1264.
— Ernst R. W., s. Bucky, ferner 1262, 1267, 1269.
Fraser, J. F. 1306.
Freund (Triest) 1449.
— Ernst, u. Kaminer, Gisa, Über chem. Wirkg. v. Röntgen- u. Radiumbestrahlg. in bezug auf Karzinom 1056.
— Leopold, Die Strahlenbhdlg. der Psoriasis vulgaris 932.
Freyer, P. J., Eine Serie v. 236 i. d. Jahren 1912—13 operierten Fällen v. Totalenukleation der Prostata 1170.
Friboes, Walter 882, 1426.
Friedländer, M., Lichen ruber planus 795.
Friz, Guiseppe 1282.
Frohnstein, R., Vakzinetherapie u. Vakzinediagnostik der Blennorrhagie 1359.
Froment, J., s. Courmont.
Fuchs, H., s. Bloch.
Fülleborn, F., Über Mikrofilarien des Menschen im deutschen Südseegebiet u. deren „Turnus" nebst Bemerkgn. üb. die klin. Manifestationen der dortigen Filariasis 1142.
*Fürth, Julius, Zur Bhdlg. der Syphilis mit Kontraluesin (Richter) 1251.
*— Erwiderung 1441.
Fukushi (Tokio), Üb. die path. Histologie d. syph. Aortitis m. bes. Berücksichtigung d. Vorkommens von Plasmazellen 869.
Fulconis s. de Beurmann.
Fullerton, A., Bemerkg. üb. e. Serie v. 55 Fällen von Prostatektomie b. hohem Blasenschnitt m. 4 Todesfällen 1170.
Le Fur, René, Pyelonephritis wd. der Schwangerschaft 1087.
Fusco, F., Die Nervenendigungen in der Haut bei den Blastomen des Unterhautbindegewebes 1109.

Galenos, Üb. die krankhaften Geschwülste 1010.
Galewsky 1451.
Galimberti, Gleichzeitige Hemiatrophie des Gesichts und der Gegenseite des Rückens 1416.
Gallois, Elefantiasis congenita 1145.
Galloway, James, Ein Fall von Erythema induratum ohne Anzeichen von Tuberkulose 1052.
Gangolphe, Prätabische Osteoarthropathie 897.
Gardère s. Weill.
Gardiner, Frederick 938.
Garnier s. Bonnet.
Garrett, J. H., Liqu. ferri sesquichlorati z. Bhdlg. der Trichophytie der Kopfhaut 991.
Gaskill, Henry Kennedy, Ausgedehnte Hauttuberkulose m. tödl., dch. Pyämie verursachtem Ende; Mitteilg. eines Falles 805.
Gastou u. Ferreyrolles, Vorläuf. Bericht üb. die Bhdlg. der Syph. mit intraven. Injekt. v. Wasser v. Bourboule mit od. ohne Neosalvarsan 1080.
Gaucher, E., Häufigkeit d. Lepra a. d. azurischen Küste 807.
— Die verschiedenen Formen des Lupus erythematosus 1112.
— Der Lupus erythematosus. Diagnose u. Behandlung 1112.
— Lupusbehandlung. Wert der älteren u. einiger neueren Methoden 1301.
— u. Giroux, Primäraffekt a. d. Brustwarze 812.
— — Verschlimmerung e. Tabes nach Salvarsan 812.
— — Syphilit. Schanker des Collum uteri 1185.

Digitized by Google

Gaucher, E. u. Giroux, Plaques d. Wangenschleimhaut 33 Jahre nach dem Schanker 1186.
— — Syphilit. Schanker der Nasenspitze 1186.
— u. Gougerot, H., Die Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit u. die Frage der staatl. Kontrolle 1185.
— — u. Audebert, Tuberculosis verrucosa des Fußes u. Oberschenkels, tuberkulöse Elefantiasis des Unterschenkels 1080.
— — — Vitiligo u. Syphilis 1080.
— — u. Hischmann, Sukzessive Hautepitheliome b. e. 26jähr. Frau 807.
— — — Erythematöses granulöses Syphilid 807.
— u. Weißenbach, R. J., Verschiedene Formen der Tuberkulose b. e. Hereditärsyphilitischen 1081.
— — Ein Fall v. Lymphogranulomatosis m. posit. Wassermannscher Reaktion 1185.
Gauthier, Ch., Spezifische Bhdlg. der Nierentuberkulose 1516.
Gayet (Lyon), Ausgedehnte Urethralstriktur, Plastik 1517.
v. Gazen gen. Gaza, Wilhelm, Üb. die sog. „Endotheliome" der Haut- u. Speicheldrüsen u. üb. die Zahnkeimkystome 1108.
Géber, G., Der klin. Wert der mit Spirochätenextrakt vorgenomm. diagnostischen intrakutanen Reaktionen 1484.
Gebert 864.
Gebler, Hans, Nitrogen- und Schwefelstoffwechsel-Untersuchungen bei Psoriasis vulgaris 799.
Genet s. Savy.
Gennerich, W., Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis 1135.
*— Die Beziehgn. zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum 1195, 1230.
Gérard, Maurice, Pfählungsverletzungen der Blase 1515.
Gerber 1411.
Gerschun, Üb. die Veränderg. des Nahrungsregimes b. einigen Hautkrankheiten 1013.
— s. Finkelstein.
Géry, Louis, s. Sauvage.
Giacomo, Corbetta, Btrg. z. Histogenese des Karzinoms der Samenkanälchen des Testikels 1165.
Gillmann-Moorhead, T., Ein Fall von juveniler Tabes 897.
Gilmour, Andrew J., Bericht e. Falles v. Lupus vulgaris 834.
— Lupus erythematosus disseminatus 1139.
Girard (Toulon), Kleine Steine in einer Blasenzelle 1359.
Girauld s. Milian.
Giuliani, Blutzyste u. seröse Zyste der Niere 1083.
Glawtsche, G., Psoriasis vulgaris 959.
— 2 Fälle von Reinfectio syphilitica 1156, 1482.
— Labyrinthitis et Otitis interna bilat. syphilitica 1235.
— Sekundäre Syphilis u. Parese des linken N. facialis 1237.
— Adenoma sebaceum 1247.
— Jahresbericht des Schriftführers 1271.
— Behandlung u. Prognose der Syphilis 1271.
— Was lehren und was geben uns die neuen Untersuchungsmethoden und die neuen Mittel f. die Bhdlg. u. für die Prognose der Syphilis? 1358.
— Perkel u. Schwarzmann, 46 Fälle von einmaliger Anwendg. v. Neosalvarsan bei Syphilis 1295, ferner 989, 960, 1235, 1236.
Glinger (Wien) 1263.
Glück, Alexander, Experim. Btrg. zur Frage der „Idiosynkrasien" 1225.
— „Dermatitis atrophicans reticularis" (Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi) mit muzinöser Degeneration der kollagenen Fasern 1454.
Goerl, L., Die Röntgenstrahlen in der Urologie. Bericht üb. die Jahre 1910/12 1056.
Götzl (Prag), Anaphylaxie der Keimdrüsen 1269.
Goldberg, Berthold, Die Sonderstellg. d. Staphylomykosen d. Harnwege 833, ferner 1266.
*Goldberger, Eugen Jacques, Trockene Bhdlg. der venerischen Geschwüre 1468.
Goldenberg (Nürnberg) 1266.
Gomes, Emilio, Chirurgische Eingriffe bei Leprösen 1043.
— Fall von Septicaemia blennorrhoica 1046.
Gottheil, William S., Beobachtg. v. 3 genitalen u. 4 extragenitalen Schankern bei demselben Patienten nacheinander im Verlaufe von 39 Tagen auftretend 1391.
Gottschalk (Berlin), Üb. die Ursachen u. die Bhdlg. des Ausflusses aus dem weibl. Genitale 1215.

Digitized by Google

Gougerot, H., Lepröse Anaphylaxie 966.
— Der Lupus vulgaris u. seine nicht ulzerösen Varietäten 1298.
— u. Meaux Saint-Marc, Chronische „fibröse" Abszesse verursacht dch. Ducreysche Bazillen 989.
— s. de Beurmann, Gaucher.
Gould, A. P., Die Bhdlg. von inoperablen Krebsfällen 1056.
Goyet, A., s. Roubier.
Grandjean, A., Die Anästhesie b. d. Prostatektomie 1088.
Granjux u. Darricarrère, Das Testament des Syphilitikers 993.
Graves, William W., Bemerkgn. üb. das kahnförmige Schulterblatt; dessen Zusammenhang mit Syphilis bei der Aszendenz 804.
Gray, A. M. H., Fall v. persistierendem erythematösem Ausschlag 1179.
— Erythematöse Läsionen d. Hände b. e. Fall v. Lupus vulgaris 1179.
— Ein mit Arsenikpaste bhdlter. Fall v. Ulcus rodens 1179.
Greene, H. M., Syphilis, krit. Betrachtung d. Serumdiagnose u. deren Anwendg. i. d. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 1420.
Greggio, Ettore, Üb. aseptische u. septische Narbenbildung 1107.
— Üb. Hautgangrän 1137.
Grénet, H., u. Sedillot, Die syphilitische Natur der Chorea v. Sydenham 900.
Grindon, Joseph, Granuloma inguinale tropicum, Bericht üb. 3 Fälle 804, ferner 803.
Grintschar, Üb. einen extramammalen Fall von Pagetscher Krankheit (in vulva) 1156.
Groß, Hans 1458.
— S., Hydroa vacciniformis 1448, ferner 1445.
Grunich, E., Ein Prostataringmesser f. die suprapub. Prostatektomie 1170.
Güth, Georg, Mikroskopische Blennorhoekontrolle d. Prostituierten, insbes. in der Praxis der Berliner Sittenpolizei 1325.
Guiard, F. P., Wie soll die progressive Dilatation der Harnröhrenstrikturen dosiert werden? 1188.
Gundorow (Petersburg), Z. Frage d. Lues cerebelli im Zusammenhang m. d. Lehre v. d. Physiologie u. Pathologie des Kleinhirns 814.
— Z. Frage d. Jod- u. Luesparotitis 871.
— Z. Frage der Infektiosität des Molluscum contagiosum 1009, ferner 1008.
Gunsett, A., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noiréschen Tabletten 1194.
Gutawitz, H., Ein Btrg. z. Bhdlg. der Vaginalerkrankungen 1214.
Gutmann, C., Leukonychia totalis in 2 Generationen 1475.
v. Györy, Tiberius, Der Morbus Brunogallicus (1577); ein Btrg. z. Geschichte der Syphilisepidemien 1103.

Habetin, Paul, s. Bauer, Richard.
Hadda, S., Die Exzision der Hämorrhoiden nach Whitehead 1137.
Häuer (Hohenstein), Ein seltener Fremdkörper i. d. Harnröhre eines Mannes 1161.
— Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii b. e. 72jährigen 1275.
Hahn, Gerhard, Die Geschlechtskrankheiten u. die ärztliche Verantwortlichkeit 1134.
Hailperin, C. J. 1306.
Hallermeyer, August, Rassenveredlung u. Sexualreform 1323.
Hallion, Morel u. Papin, Vasodilatatorische Eigenschaft des Prostataextraktes 1168.
Hamilton, Allan McLane, Die diagnost. Bedeutg. des Schmerzes bei Tabes 896.
Hammer 1394.
*Hanawa, S., Histolog. Untersuchgn. üb. Trichophytie-Heilung und -Allergie b. Meerschweinchen 939.
— Üb. die Beziehgn. d. Reizbarkeit d. menschl. u. tier. Haut zu ihrem Pigmentgehalt 1238.
— Zur Kenntnis des Glykogens u. Eleidins in der Oberhaut 1457.
— Über organisierte syphilitische Papeln 1476.
Hannes, Berthold, Neue Feststellgn. bei Framboësia tropica 1013.
Harbitz, F., Üb. spontane Heilbarkeit der Nierentuberkulose 1325.
Harold s. Harrison.
Harpster, Charles M., Prostatotomie n. der Goldschmidtschen Methode 1169.
— Ein interessanter Fall von Nierenblutung mit drei abnormen Nierenarterien 1478.
Harrison u. Harold, Tripperbehandlung 1219.
Hart, P. Stuart, Das Wichtigste bei Harnanalysen bei Diabetes mellitus m. einigen Bemerkgn. üb. die Bedeutg. der so erhaltenen Resultate 1332.

Digitized by Google

Hartmann, Joh., Zur Kasuistik und operat. Bhdlg. überzähliger aberranter Ureteren 833.
— K., Üb. die Bhdlg. der primären Lues 1390.
Harttung, Folliklis 1443.
Hartung, Egon, Die Beseitigung der Emboliegefahr bei Paraffininjektionen 1426.
Hartzell, M. B., Lupus erythematosus und Raynaudsche Krankheit 1112. ferner 803.
Haslund, Paul, Üb. die Bhdlg. von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee 1457.
Haßmann, O., u. Zingerle, H., Btrg. z. Kenntnis d. Verlaufsformen d. progressiven Paralyse 898.
Haun (Gladenbach), Üb. Phlegmonenbhdlg. d. ob. Extremität 1019.
Hausmann, Th., Die ätiolog. Rolle d. Syphilis in manchen Fällen von Ulcus callosum penetrans u. bei einigen Tumoren 872.
— Die syph. Tumoren d. Oberbauchgegend, insb. d. Magens u. ihre Diagnostizierbarkeit, m. bes. Berücksichtigung der mit Hilfe d. topogr. Gleit- und Tiefenpalpation erzielten Resultate 872.
Havas, Einpflanzung von Haaren 1449, ferner 1394.
Hazen, H. H., Die Leukozyten b. Syphilis 1384.
Head, Gustavus P., Syphilit. Erscheinungen a. d. Tonsillen 1330.
Hecht, Hugo, Ein Fall von Sporotrichosis 1051.
*— Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhoica 1351.
*Heddäus (Heidelberg), Üb. die Bhdlg. großer Karbunkel dch. Zirkumzision 1020.
*Hedén, Karl, Üb. kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhoe 1003.
*— Die Bhdlg. d. gonorrh. Arthritis mit Gonargin 1091.
*Hegedüs, Nikolaus, Üb. den Wert einzelner neuerer Heilmittel b. d. Bhdlg. der Balanitis 1207.
Heidingsfeld, M. L., Morphoeaähnliches Epitheliom 797, 967.
Heim, Arnold, Sexuelle Verirrungen bei Vögeln in den Tropen 1323.
— Gustav, Die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten 1455.
— Spielarten des Syphiliserregers 983.
Heimann (Düsseldorf) 1269.
Heller, Urtikaria pigmentosa 863.
— Pseudopelade Brocq 981 (Bis), ferner 795.
Heller, Julius, Hauthorn b. e. chines. Hausziege 1105.
— Einige prakt. wichtige Fragen aus dem Kapitel: Geschlechtskrankheiten und Eherecht 1387.
— Zur Frage der experim. Thalliumalopezie 1453.
— u. Spring, Pathologie des Samenhügels 1270.
Hellstroem, Nils, Urologisches a. d. schwed. Literatur 1910/11 817.
Hennebert, Zona des Ohres 1277.
Henning, Karl 906, 1449.
Henry, Robert, Instrumentarium u. Technik d. hinteren Urethroskopie 1086, 1337.
Héresco, Pierre, Totale Zystektomie bei multiplen oder infiltrierenden Blasentumoren 1186.
Herxheimer, Karl, Nachtrag z. meiner Mitteilg. „Heilg. e. Falles v. Hautsarkomatose dch. Thorium X" 1089.
— Über Haarbruch 1392.
— u. Schmidt, Willy, Neoplasmen der Haut 1224, ferner 1394, 1445, 1448, 1450, 1451.
Herzberg (Berlin), Üb. die Bhdlg. des Pruritus vulvae mit Pittylen 1141.
Hesse, Max, Üb. Verwendg. von aktivem u. inaktivem Serum bei dem Komplementablenkungsversuch 1422.
Heubner, W., Üb. die Wirkg. v. intravenösen Infusionen v. Aurum Kalium cyanatum 1243.
Heuck, W., Üb. neuere Bestrebungen zur Heilg. von Hautkrankheiten dch. Blutverbesserung 1225.
— Üb. schwere Röntgenverbrennungen 1276, ferner 818, 1394.
Heully s. Parisot.
Hillmann, O. S., Einige Blutbefunde bei Pellagrakranken 1249.
Hirsch s. Bauer.
v. Hirsch (Frankfurt), Sympathischer Nystagmus bei Erysipel 1018.
Hirschfeld, M., u. Burchard, E., Z. Frage der psychischen Impotenz als Folgeerscheinung sexueller Totalabstinenz 1323.
Hischmann s. Gaucher.
— P., Symptomenkomplex des Basedow im Verlauf der Syphilis 990.
*Hochstätter, Julius, Üb. die perkutane Anwendg. des Lipojodin 1255.
Hochstetter, Bruno, s. Hoffmann, Erich.
Hock, Alfred, Ein einfaches Hilfsmittel b. d. Zystoskopie 837.
— Über paravesikale, chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste 1324, ferner 1266, 1267.

Digitized by Google

*Hodara, Menahem, Untersuchgn. üb. die Histologie der Urticaria factitia (Dermographismus) und der Urticaria chronica, sowie üb. die Mastzellen bei beiden Affektionen 971.
*— Histologische Untersuchung eines Falles von idiopath. progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans) 1307.
Höfler, Max 1306.
Hoehl, H., Z. Kenntnis der Neosalvarsanwirkung b. Keratitis parenchymatosa 929.
Hoffmann, Erich, Einiges a. d. Leben des Pfälzer Anonymus 848.
— Üb. akute syphilit. Nierenentzdg. in der Frühperiode (Nephritis syph. acuta praecox) 873.
— Ein Fall von bandförmiger ulzerierter Sklerodermie a. rechten Bein eines Kindes 1112.
— u. Hochstetter, Bruno, Üb. eine Rollhaarzyste d. Menschen nebst Bemerkungen zum Schrotausschlag des Schweines 1509, ferner 1394, 1411, 1443, 1450.
v. Hoffmann, Géza, Die Rassenhygiene in den vereinigt. Staaten von Nordamerika 1483.
Hoffmann, L., Zur Kenntnis d. Ätiologie des Pemphigoids (Pemphigus neonatorum resp. infantilis), seiner Beziehgn. zur Ritter v. Rittershainschen Dermatitis exfoliativa neonatorum u. zur Impetigo contagiosa (s. vulgaris) staphylogenes 1456.
— L. A., Üb. das weitere Ergehen mehrerer Fälle von Tertiärsyphilis, die mit einer einzigen intramuskulären Salvarsaninjektion bhdlt. wurden 989.
Hofmann, Arthur, Z. Bhdlg. der totalen Harnröhrenzerreißungen 1160.
R. v. Hofmann, Eduard, Z. Diagnose u. Therapie der angeborenen Blasendivertikel 1323.
Hollmann, P., Das Geschlechtsleben des Menschen u. seine Gefahren 1417.
Holth, Marie, Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder 905.
Holzapfel (Schwenningen), Konservative Bhdlg. von Entzündungen m. Antiphlogistine 1244.
Holzknecht, G., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noiréschen Tabletten 1426.
Horowitz, Philipp, Weiterer Beitrag z. Wirkung der Milchsäurebazillen auf den Zuckergehalt des Urins beim Diabetes 1192.
Horta, Paulo, Bursatee-leeche 1413.
Hottinger, R., Über Zystitis 1239.
Howard, A. H. H., Ein Fall von Dermatitis gangraenosa infantum 1053.
Hübner (Berlin) 1263.
— (Marburg), Ist die Psoriasis ein Hautsymptom konstitutionell-bakt. Erkrankungen oder eine echte Hautkrankheit? 930.
Hügel, Georg, Experim. Beiträge zur chemotherap. Wirkg. v. organ. Antimonpräparaten bei Spirochäten- u. Trypanosomenerkrankungen 1453, s. Uhlenhuth, ferner 1458.
Hulanicka, R., Vorläufige Mitteilung üb. die Nervenendigungen der Haut und Schleimhaut der Zunge und des weichen Gaumens beim Krokodil 1220.
Hunter, Walther K., Fall von Elefantiasis 1018.
— Sklerodermie m. subkut. Kalkablagerungen 1111.
Hutchins, B., Klebepflaster als direkt. Verband b. d. Bhdlg. v. Wunden, Geschwüren u. infekt. Zuständen, damit Erfüllg. der Bierschen u. Wrightschen Grundsätze 1054.
Hutchinson, Sir Jonathan 882, 956, 1282.
Huzar, W., Üb. akute luetische Polyarthritis im Spätstadium d. Syphilis 1488.
Hyman, A., u. Sanders, A. S., Üb. chron. Entzündg. der Samenbläschen. Eine klin. Zusammenfassung m. spez. Bezichg. auf die urethroskop. Befunde i. der hint. Harnröhre 1167.

Ibrahim, A., s. Madden.
Igersheimer (Halle a. S.), Üb. Organotropie u. Parasitotropie des Atoxyls und Salvarsans 1245.
Iliesco (Bukarest) 1058.
Isaac, H., Tbc. cutis generalisata 864.
— Altsalvarsan oder Neosalvarsan 983, ferner 795.
— R., Porokeratosis Mibelli 981.
Iselin, H., Entgiftg. d. tuberkul. Herdes dch. Röntgenbestrahlung 1280.
Ishiwara, K., Exper. Studien üb. die Zellreaktion nach Freund-Kaminer bei Ratten 1224.
Israel, W. 1265.
— jun., W. 1270.
Italinski, Sklerodermie 1511.
Ito, Tetsuta, Klinische, bakteriologisch-serologische Studien über Ulcus molle und Ducreysche Streptobazillen 797.
Iwanow, W., Neosalvarsan bei Malaria u. Syphilis 929.

Digitized by Google

Izar, G., Üb. Antigene f. die Meiostagminreaktion 845, 1058.
Izard s. Chompret.

Jackson, George T. 1306.
Jacob, F. H., Ein Fall v. ausgedehntem Fibroangiom u. dessen Bhdlg. mit Radium 1106.
Jacobi (Freiburg), Bhdlg. des Lupus mit Diathermie 1412.
Jacquet, Lucien, u. Debat, Sklerosierende Radiodermitis des Gesichtes, m. der bio-kinetischen Methode behandelt 1081.
Jadassohn, J., Tuberkulide 1407.
— Die ektogene u. endogene Entstehg. des Lupus 1411, ferner 1250, 1449, 1394.
Jaffé, Pemphigus vulgaris 982.
— Lupus vulgaris mutilans 982.
— Mykosis fungoides 982.
— J., Die Bhdlg. des Ulcus cruris mit getrockneter Luft 1136.
Jagle, E. C. 1306.
Jakowleff 958, 959, 960, 1236, 1237.
Jampolsky, Fanny, Initialsklerose an der Caruncula lacrimalis 1391.
Janet, Jules, Vorsichtsmaßregeln wd. der Inkubationszeit der Blennorrhagie 840.
— Der erste Tropfen 1084.
— Abortivbhdlg. der Blennorrhagie 1086.
— Soll man den Tripper laufen lassen? 1086.
— Soll man beide Harnröhrenabschnitte bei jeder akuten Blennorrhagie behandeln? 1187.
— Der Wert unserer Waffen gegen den Gonokokkus 1337.
— Technik d. Harnröhrenspülungen ohne Sonde 1516.
— u. Lévy-Bing, Alfred, Bhdlg. des Trippers u. seiner Komplikationen mit Neosalvarsan 1219.
Janschek, A., Zur Frage der extragenitalen Ulcera mollia 1235.
— Hyperkeratosis subungualis Hebra et Keratosis palmaris arteficialis 1236.
— Gumma der Zunge 1238.
— Dermatitis papillaris capillitii 1238.
Jaßnitzki, Ein Fall von Carcinoma papillare auf einer Narbe nach Verbrennung 894.
Jaubert u. Beaujeu, Großer Prostatastein b. einer Striktur 1088.
Jaworsky, Eine neue Bhdlg. der Tabes 898.
Jeanbrau, E., u. Etienne, E., Kirschgroßes Neoplasma der Niere 1085.
Jeannin s. Spillmann.
Jeanselme, E., Antisyphilit. Prophylaxe mittels Salvarsan 901.
— Bhdlg. syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan 1304.
— u. Chevallier, Paul, Untersuchgn. üb. die sekundär-syphilit. meningealen Erkrankgn., die klinisch nicht in Erscheinung treten 880.
— u. Touraine, A., Syphilis u. Sklerodermie 1181, 1488.
Jermutowicz, Stefan, s. Sterling.
Jessionek, A., Das Lupusheim in Gießen 994.
Jeßner, S., Lehrbuch (früher Kompendium) der Haut- u. Geschlechtsleiden einschließlich der Kosmetik. II. Band: Geschlechtskrankheiten 1388.
Jolowicz, Ernst, Üb. Behandlungsweise m. Na nuclein. u. Salv. bei progress. Paralyse, unter bes. Berücksichtgg. der Veränderg. des Liquor cerebrospinalis 899.
— Üb. „eigenlösende" Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion 1422.
Joltrain, Ed., Abortive syphilit. Meningealerscheinungen, die eine Abdominalaffektion vortäuschten 1181.
— u. Lévi-Franckel, G., Frühzeitiges Auftreten der Wasserm. Reakt. bei Schankern der Oberlippe 1181.
— — Schwierigkeiten der Diff.-Diagnose zw. syphilit. u. tuberkul. Meningitis b. Erwachsenen 1184.
— s. Fournier, Ed.
Jordan, A., Üb. e. Fall v. Dermatitis mercurialis, kompliziert dch. Vitiligo 813.
— Lichen ruber planus atypicus 1353.
Josef, Eugen, Zystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase 1163.
— Akute septische Infektion der Niere u. ihre chirurg. Behandlung 1332, ferner 1269. 1522.
*Joseph, Max, Üb. die intraven. Injektion konzentrierten Neosalvarsans 1176.
— Die Wassermannsche Histopintherapie in der Dermatologie 1242.
Judt, J. M., Die Radiographie der Harnwege 1009.
Juergens, A., Zur Skleromfrage in Rußland 1013.
Juffinger, Georg 1522.
Jullien, Louis, Ein schwerer Fall von tückischer Syphilis mit tödl. Ausgang 1333.
Jungmann, Alfred, Die Bhdlg. der Schuppenflechte 931.
— Der Neubau der Lungenheilstätte u. der Lupusheimstätte 994.
— Prognose u. Therapie der Hauttuberkulose 1281, ferner 1451.

Digitized by Google

Jurasz, A., Üb. das Sklerom 1013.
Justman, Ludwik, Ösophagusstenose dch. syph. Narben verursacht 872.

Kaliski, David J., Die Luetinhautreaktion bei Syphilis 1425.
Kall, K., Üb. die Bhdlg. der Skabies m. Salizylnikotinseife Kade 936.
Kalledey, Lajos, Der Einfluß der intraven. Sublimatinjektionen a. die Schutzstoffe des Organismus 1225.
Kaminer, Gisa, s. Freund.
Kanngießer, Friederich, Die Salvarsanseuche 1338.
Kantorowicz, Emil, Störungen d. Geschlechtsfunktionen des Mannes 1518.
Kaplan, D. M., Eine quantitative chemische Reaktion zur Kontrolle positiver Wasserm. Reaktionen 1424.
— Der quant. Amino- (NH_2) Nitrogengehalt syphilit. u. nichtsyph. Sera 1425.
Karelin, Einige Beobachtgn. üb. die Wirkg. des Embarins bei Syphilis 1358.
Karo, Wilhelm, Nierentuberkulose 1329.
Karschin, Parapsoriasis lichenoides Brocq 1358.
Kassel-Mühlfelder, Martha, Wedekinds Erotik 1184.
Kassowitz, Max 850.
Kaufmann, Joseph, Versuche mit Neosalvarsan; die intramuskuläre Methode 1247.
Kedrow, Z. Kasuistik d. syphilit. Polyarthritis 872.
Keitel (Dresden) 1270.
o Kelly, Howard, Üb. Incontinentia urinae bei Frauen 1360.
Kerl, W., s. Arzt.
Ketron, Lloyd Warren, Dermatologisches Studium in Berlin 988.
Keussen, Hermann, Btrge. zur Geschichte der Kölner Leprauntersuchungen. I. Teil 1320.
de Keyser, L., Lepra tuberosa m. Radium u. Nastin behandelt 1322.
Kielkiewicz, J., Bhdlg. der Blasenexstrophie m. Bildg. einer neuen Blase und Urethra 1359.
Kielleuthner (München) 1270.
*Kiessling, Wilh., Grundsätzliches zur Frage der Prostitution 1035.
Kilary, L., Die Bhdlg. d. Syphilis m. Salvarsan 921.
Kindberg (Bonn), Zur Prophylaxe u. Therapie der Hämorrhoiden dch. Anikure 1137.
Kiss, J., Btrge. z. Kenntnis d. Wasserm. Reaktion 842.
— Zur Salvarsanfrage 920.
Kittsteiner, C., Weitere Btrge. z. Physiologie der Schweißdrüsen u. des Schweißes 1297.
Klausner, E., Die Bhdlg. d. Syphilis m. Kontraluesin (Richter), einem molekular zerstäubten Quecksilber 846.
— Z. Ätiologie d. Pantoponerythems 1052.
— Üb. einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken-, Pilz- und Spirochätenfärbung 1221.
— Üb. eine klinisch verwendbare Kutanreaktion auf tertiäre Syphilis 1424.
— Zwischenform d. Lupus erythematodes u. L. erythematoides 1444.
— Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1522.
Klebs, Edwin 1338.
Kleefeld, Myxomatöser syphilitischer Fötus 1305.
Klein, Arthur, Spätdiagnose d. gummösen Leberlues 875.
Klemptner, Pseudorheumatische Affektion d. Gelenke auf syph. Basis 872.
Klimenko, Z. Frage der Diphtherie d. Geschlechtsorgane bei Kindern 1158.
Klingmüller, Viktor, Die Bhdlg. der Dermatomykosen 937.
— Über Kinderekzeme 1102, ferner 1394.
Klose, B., Btrg. zur Zystophotographie 1477.
Klotz, Hermann G., u. Rohdenburg, George L., Ein Fall von Acanthosis nigricans 805.
Knebelmann, Abraham, Ein Fall v. Meningitis luetica m. Gefäßerkrankg. b. e. zweijähr. heredosyphilit. Mädchen m. Bericht üb. einige Fälle a. d. Literatur 868.
Knorr (Berlin) 1266, 1268.
Koch, C. A., Üb. Framboësieheilung dch. Salvarsan 1014.
Köhler (Wiesbaden), Zwergwuchs u. Riesenwuchs b. Kindern e. Syphilitikers 874.
Kölle, W., Weiteres z. Bhdlg. der Sklerodermie m. Coeliacin 1112.
Königstein, Hans, Lymphogranulomatose 1443, ferner 1114.
Koike, M., s. Dohi, K.
Kolmer, John A., u. Schamberg, Jay Frank, Experiment. Studien über die innerliche Salvarsanverabreichung bei Mensch und Tier 1245.
— s. Schamberg.
Kondoléon, E., Die chirurg. Bhdlg. des elefant. Ödems dch. e. neue Methode der Lymphableitung 1019.
Kopytowski, W., Btrg. z. anatom.-patholog. Hautveränderungen unter Chrysarobinwirkung 1225.
Koschin, H. 1235.

Digitized by Google

Kossak, Margarete, Sexuelle Verführung d. Kinder dch. Dienstboten u. ihre Bekämpfung 867.
Kranzfeld, H. D., Versuch einer epiduralen Neosalvarsaninjektion 959.
— Ulcus rodens nasi 1271.
Krassnoglasow, Mycosis fungoides 1354.
Kraus, Alfred, Üb. Akne neonatorum 1049.
— Üb. das Wesen d. sog. Unnaschen Flaschenbazillus 1049.
Kreibich, C., Über lipoide Degeneration des Elastins der Haut 796.
— Über Amyloiddegeneration der Haut 797.
— Färbung der marklosen Hautnerven beim Menschen 1047, ferner 1394.
Kren, Otto, Schlußbericht üb. unsere Erfahrungen mit Salvarsan 919.
— Tumorförmige Tuberkulide 1447.
Kretschmer, Hermann L., Die Bhdlg. der Nierensteine 1480.
Kretzmer, E., Zwei Fälle von multipler, kleinfleckiger Sclerodermia circumscripta (White spot disease?) 1455.
Kromayer, E., Röntgenstrahlen, Radium u. Licht i. der Dermatologie 818.
Kropeit (Hamburg) 1266.
Krüger (Wildungen) 1265.
Krüger, R., Btrge. z. Anwendg. d. Sabouraudschen Dosimeters 847.
Krzysztalowicz, Francizsek, Histologie des Keratoma palmae et plantae hereditarium 1355.
Kümmel, H., Die Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen Prostataerkrankungen im Anfangsstadium 1386.
Kumaris (Athen), Knochenbildg. in einer Narbe 1141.
Kupernick, Üb. die Sporotrichose 1007, 1295.
Kupffer, A., Die Lepra in Estland 963.
Kurginski (Jurjew), Üb. die schützende Methode der Bhdlg. von Dermatitiden, traumatischen und ulzerösen Prozessen der Haut 1008.
Kuschew, Syphilis mediastini 1520.
Kusunoki, F., Über Trichophytien in Japan 1476.
Kutner, Robert 1282.
Kuzmik, Paul, Beiträge z. operativen Bhdlg. der Venektasien d. unt. Extremität. 1113.
Kuznitzky, Erich, Das Mesothorium in der Dermatologie 798.
— Üb. „maligne" Reinfektion bei maligner Syphilis 1418.
Kyritz s. Assmy.
Kyrle, Josef, Über das Rhinophyma, eine histologische Studie; zugleich ein Beitrag zur Frage der postfötalen Talgdrüsen- und Haarneubildung 1132.
— Boecksches Lupoid 1444.
— Zur Entstehung der Pigmentnävi 1456.
— Zur Frage der postfötalen Talgdrüsenneubildungen 1510, ferner 1058.

Laache, S., Üb. einige metastatische Hauttumoren 1104.
Lacassagne, J., s. Thévenot.
Lacompte, F., Keratitis parenchymatosa heredo-luetica n. linearer Kataraktextraktion 877.
Lade, Fr., Anwendg. d. Hermann-Perutzschen Reaktion b. d. Prüfg. von Lumbalpunktaten 845.
— Erfahrgn. m. d. Hermann-Perutzschen Syphilisreaktion an 600 Fällen 1486.
Lafforgue, Die Chylurie 1193.
Lancashire, G. H. 938.
Landesmann s. Balzer.
— A., Adenoma sebaceum Pringle 958.
— Psoriasis vulgaris 959.
— Ulcus induratum a. d. vord. Fläche des rechten Oberschenkels 1236, 1271.
Lange, Carl, Die Ausflockg. kolloidalen Goldes dch. Zerebrospinalflüssigkeit bei luet. Affektionen d. Zentralnervensystems 841.
Laubry, Ch., s. Vaquez.
*Lautsch (Graudenz), Sitzung des Lupusausschusses des Deutschen Zentralkomitees z. Bekämpfung der Tuberkulose 1411.
— Wirkg. von Radium u. Mesothorium bei lokaler Anwendg. in der Lupusbehandlung 1411.
Lebedew, Xanthoma multiplex pseudodiabeticum cum lymphadenitide xanthomatosa 814.
— Üb. den Einfluß des Salvarsans auf die kapillaren Gefäße 1295.
Leber, A., Üb. ein kleinblasiges Exanthem auf Sumatra 1012.
Lebrun, Doppelte epispadische Urethra 1087.
Lechat, R., Erysipel im Puerperium 1018.
Leclerc-Dandoy, Molluscum pendulum am Perineum 1109.
Leeben, A., Untersuchgn. üb. das Virus des Molluscum contagiosum 1109.
Legras s. Merklen.
Legueu, F., Bluttransfusion b. schweren Blutungen der Harnwege 1086.
— Haarnadeln in der Blase 1089, 1163.
— Indikationen u. Kontraindikationen der Nierenoperationen 1189.

Digitized by Google

Leibholz, Arthur, Die Hilfstätigkeit der Wochenpflegerin b. der Beschneidung 1338.
Leiner, C. 1443.
Lemoine, Georges, Bildg. einer neuen Blase nach totaler Zystektomie wegen Krebs 1336.
— Chirurg. Bhdlg. der Steine im Beckenteile des Ureters 839.
Léon-Kindberg, M., s. Rist.
Leonhard, Charles Lester 1394.
Leredde, Die kleinen Zufälle nach Salvarsan u. die Frage der Dosierung 806.
— Heilg. d. Tabes dorsalis mit Salvarsan u. Neosalvarsan 808.
— Die Bhdlg. der Tabes mit Salvarsan, ihre Technik, ihre Resultate und ihre Gefahren 897.
— Die neue Methode der Syphilisbehandlung 901.
— Ein schwerer Fall von Tabes mit Neosalvarsan bhdlt. 1082.
— Mortalität an Syphilis in Paris 1910 1082.
— Bhdlg. d. progress. Paralyse m. Neosalvarsan 1182.
Lesser, E., Postkonzeptionelle Syphilis 794, ferner 1394.
— F. 794, 795.
Lestzinsky, Jacob, Aus dem Sexualleben der russisch-jüdischen Studentenschaft 1325.
Letulle u. Vuillet, Diffuses Syphilom der Parotis 1520.
— Maurice, Diagnose der Aortenaneurysmen 870.
Levaditi, C., s. Marie, A.
Levit, J., Die bei der Bhdlg. d. Karbunkel mittels Exzision erzielten Erfolge 1020.
Levy, M., Die Anwendg. der radioaktiven Substanzen bei Mund- und Zahnkrankheiten einschließlich der Alveolarpyorrhoe 1426.
— Richard, Röntgenbestrahlg. d. Aktinomykose 1016.
Lévy-Bing, Alfred, Es gibt keine Therapia sterilisans d. Syphilis mittels Salvarsan 1482.
— u. Duroeux, Louis, Syphilis der Blase 810.
— — Ein Fall von schwerem Tripperrheumatismus behandelt mit Neosalvarsan 989.
— s. Janet.
Lévy-Franckel, Georges, s. Caussade, Joltrain.
Lévy-Weissmann, Thiosinamin bei undurchgäng. Strikturen der Harnröhre 1083.
Lewin, Arthur, Universal-Spülansatz 817, ferner 1263, 1522.
— E., Anilinfarbenkrebs d. Blase 1270.
Lewinski, J., Btrg. z. Tuberkulose des Penis 1133.
Lichatschew, Zur Frage der spezifischen Antikörperchenbildg. im Serum primär syphilit. Kranker 1423.
Lichtwitz, L., Die Bildg. der Harnsedimente u. Harnsteine 1514.
Liebers, M., Üb. die neueren Anschauungen vom Wesen der Wasserm. Reaktion 1421.
Liebl (Ingolstadt), Therapie der Hyperidrosis pedum 1475.
Lier, Wilhelm, Erfahrungen üb. Neosalvarsan 927.
— Neurofibromatosis Recklinghausen 1452.
— Staphylodermia vegetans 1452, ferner 1450.
Likes, Sylvan H., u. Schönrich, Herbert, Eine nützl. Erfindg. f. die Bhdlg. der Blennorrhoe 988.
Lilienfeld, Leopold, u. Cohn, James, Die Abortivbehandlung der Blennorrhoe b. Manne 1218.
van Lind (Brüssel), Rezidivierende Iritis nach Salvarsan 878, 926.
Lindemann, Arno, Die Bhdlg. des Pemphigus dch. intravenöse Salvarsaninfusion 992.
Gräfin Linden, Tierexperimente zur Chemotherapie mit Kupfer- und Methylenblaupräparaten 1413.
*Linser, P., Zur Technik konzentrierter, intravenöser Salvarsaninjektionen 915.
— Über neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten dch. Blutverbesserung 1239.
Lion (Wien) 1270.
Lipa Bey (Kairo), Die Nilbraut 865.
Lipman-Wulf, Querfurchen an sämtlichen Nägeln der Finger u. Zehen 864.
*Lipschütz, B., Knotenförmige Hautverdickgn. b. Sklerodaktylie 851.
— Üb. Protozoenbefunde bei Pemphigus chronicus 991.
— Filtrierbare Infektionserreger u. maligne Tumoren 1104.
— Üb. eine seltene Erythemform (Erythema chronicum migrans) 1457.
Little, E. G. G., Fall mit multiplen, subkutanen Knötchen 801.
— Fall zum Diagnostizieren 801, 1179.
— Fall von zirkumskripter „symmetrischer Dermatitis, Brocqscher Parapsoriasis en Plaques disseminées" 801.
— Alopecia areata u. Tinea tonsurans 1178.

Digitized by Google

Little, E. G. G., Fall v. Lichen planus 1179.
— Multiple „kalte" subkutane Abszesse b. e. 11 Monate alten Mädchen 1179.
Ljass, S., Salvarsan b. syphilit. u. metasyphilit. Erkrankgn. d. Nervensystems 923.
Loeb, Fritz, Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur 1325, 1326.
— Heinrich, Heilg. der Verrucae planae dch. Salvarsan 1105.
— S., Hemicanities bei Hemiplegie 1139.
Löhe, Dariersche Krankheit 864.
— Melkerknoten 982.
Löwenstein, E., Üb. Tuberkelbazillenbefunde im Urin bei Hodentuberkulose 1165.
Löwy, Julius, Zur Kenntnis des Morbus Addisonii 1110.
Lohnstein, H., Ein Fall von akuter Harnretention bei Gynatresie 1133, ferner 1263, 1267, 1269, 1270.
Lollini, L., Lepra 1416.
London, Gonokokkenvakzine als Diagnostikum 1217.
Longcope, Warfield T., Die Beziehgn. d. Syphilis z. inneren Medizin 1302.
Longo, Pasquale, u. Speciale, Antonino, Weitere Untersuchungen üb. die Ätiologie u. Pathogenese des Pemphigus chronicus 1415.
Lorenti, G., Üb. die Einheitlichkeit d. Komplements 841.
Love, John Kerr, Sporadische kongenitale Taubheit u. syphilitische Taubheit 878.
Lubliner, Leopold, Üb. die Anwendg. von Salvarsan bei Sklerom der oberen Luftwege in einem Falle von Lues und Tuberkulose und in einigen Fällen mit zweifelhafter Diagnose 1246.
Ludwig, Fritz, Ureterenblasenscheidenfistel n. kriminellem Abort 1324.
Lüders, Carl, Die syphilit. Mittelohrentzündung 878.
Luithlen, Friedrich, Die Ätiologie u. ätiolog. Therapie des Ekzems auf chem. Basis 838, ferner 1250.
Lulkimacher, J., Pseudoleukaemia cutis 1236.
— Rhinosklerom 1271.
Lurje, Zur Kasuistik des Diabetes insipidus auf syph. Basis 1157.
Lutz, Adolpho 1038, 1043, 1044, 1045, 1414.
Luys, Georges, Die blennorrhagische Spermatozystitis 1517.

Machado, Werneck, Fall von Leishmaniose (?) 1039.
— Blastomykose 1414.
Mackie, G., 1058.
Macnab, A., Ionentherapie bei Herpes zoster 1277.
Madden, F. C., Ibrahim, A., u. Ferguson, A. R., Üb. die Bhdlg. der Elefantiasis der Beine mittels Lymphangioplastik 1018.
Magni, Egisto, 2 Fälle v. multipler Neurofibromatose 1106.
Maisel, M., Üb. den Ausfall d. Wasserm. Reaktion im Spätstadium der Syphilis 1422.
Malherbe, Henri, Glykosurie im Verlaufe sekundärer Syphilis 1076.
Mandovani, M., s. Franchini.
Mankiewicz (Berlin) 1269.
Mannich, C., Üb. unsichtbare Schutzmittel gegen Verändergn. d. Haut dch. Licht 1223.
Mansiewicz, Otto, Nierenblutungen bei Hämophilen 1514.
Mantella, G., Chorea syphilitica 900.
Manzaneque, Mineralbäderbhdlg. der Hautkrankheiten 1101.
Marañon, Gustavo, Üb. das Leukozytengleichgewicht b. der Addisonschen Krankheit u. seine Bedeutung 1101.
Marcorelles, E., s. Thibierge.
Marcus, Karl 1282.
Marcuse, Max, Die christl.-jüdische Mischehe 865, ferner 1458.
Marek, Richard, Impetigo herpetiformis Hebra, zugleich ein Beitrag zur Klärung der Pathogenese dieser Erkrankung 992.
Marghoux, E., u. Sorel, F., Ätiologie u. Prophylaxe der Lepra 1079.
— Die Lepra der Ratten (Lepra murium) 965.
Marie, A., Levaditi, C., u. Bankowski, J., Spirochaetae pallidae im Gehirn von Paralytikern 898, 1086.
— Pierre, u. Foix, Ch., Halbseitige Kleinhirnsymptome syphilit. Ursprungs, syphilit. Kleinhirnhemiplegie 880.
— — Klin. Formen u. Diagnose d. syphil. Kleinhirnhemiplegie 880.
Marinho, J. 1414.
Marion, G., Hydronephrose m. Steinen b. fast völlig. Fehlen d. Niere 839.
— Moderne Bhdlg. der Urethralrupturen 840.
— Bedeutg. d. Schluchzens n. Operationen der Harnwege 1082.
— Entfernbare Kugel z. Fixierg. des Zystoskops 1089.
— Nachbhdlg. d. suprapub. Prostatektomie 1515.
Marjasches, S. 1237, 1266.
Markon, Bemerkgn. z. Bhdlg. des Trippers beim Manne 1219.

Digitized by Google

Markow, Üb. die Schutzwirkg. des Präparates Zeozon auf die Haut 1513.
v. Marschalkó, Th., u. Veszprémi, D., Untersuchgn. bezgl. des Salvarsantodes 925.
Üb. Neosalvarsan 927.
Marshall, Charles F., Maligne Syphilis 837.
— Bemerkgn. üb. ungewöhnlich schwere Formen von Syphilis 1335.
Martin, Clarence, Hinweise auf Urologie u. Urologen in London 1333.
Martin, E. H., Die spezif. Bhdlg. der Pellagra; der relative Wert von Natriumarsanilat u. Salvarsan 1274.
Saint-Martin s. Uteau.
Martini (Wilhelmshaven), Üb. einen Fall von Granuloma venereum u. seine Ursache 1016.
— Reinkultur des Erregers von Granuloma venereum 1016.
Martinotti, Leonardo, Üb. die fötale Ichthyose 932.
— Üb. die peladoide Alopezie 1137.
Maruyama, H., Vorläufige Mitteilg. üb. eine diagnost. verwertbare Reaktion in der Spinalflüssigkeit von Parasyphilitikern 1520.
Marziani, Aldo, Üb. e. seltene Lokalisation der Initialsklerose 1391.
— Üb. e. Fall von Darierschem subkutanem Hautsarkoid 1415.
Mathis, Alfred, Vier familiäre Fälle multipler Neuromyxofibrosarkomatose 1090.
Mattissohn (Berlin), Die Prognose der Vulvovaginitis blennorrh. infantum 1050.
Matz s. Schönborn.
Matzenauer 1449.
*Matzumoto, Sh., Ein Beitrag z. Histologie d. kongenit. Schleimhautzysten a. d. Raphe 1171.
— Üb. eine eigentümliche Pigmentverteilg. an den Voigtschen Linien 1455.
Maurel s. Brocq.
*Mayer, Hermann, Erfahrgn. mit Jodozitin 1033.
Mayer, Theodor, s. Roth, Max.
Mayesima, J., Ein dch. die Förstersche Operation erfolgreich bhdlter. Fall von Erythromelalgie 1249.
Mazzolani, A., Trichophytieen, Pian, Pyodermatosen u. andere Hautkrankheiten bei den Eingeborenen in Tripolitanien 993.
McCrai, T., Tertiäre Syphilis der Leber 875.
McDonagh, J. E. R., Fall von framboësieformer Syphilis der Handteller 801, s. Whitfield.
McDonald, Archibald L., Üb. Glykosurie in der geburtshilflichen Praxis 834.
McKee, George M., Die Ausrottung von Tinea tonsurans und Favus 1293.
— u. Rehmen, John, Hohe Dosen b. d. Röntgenbhdlg. v. Hautepitheliomen 1057, ferner 1306.
McLeod, J. M. H., Fall von Dermatitis im Anschluß an eine große Dosis Arsenik 801.
— Drei mit Röntgenstrahlen geheilte Fälle von Tinea tonsurans 801.
— Fall von Folliklis b. e. 23jähr. Frau 1178.
— Ein Fall v. Favus vom erythematosquamösen Typ 1178.
— Ausgewachsene Kulturen v. Achorion Quinckeanum 1179.
— Ein eigentüml. Fall v. Lymphangioma circumscriptum b. e. 6jähr. Mädchen 1180.
— Fall von pigmentierten, nävusartigen Epheliden b. e. 16jähr. Mädchen 1180.
McMurtrie, Douglas C., Prostitution in Japan 1223.
— Weitere Bemerkgn. üb. Prostitution in Japan, Aufhebg. des Sklavensystems; histor. Entwicklg. des Yoshiwara; unerlaubte Prostitution; ärztl. Aufsicht u. Statistiken; Gesetzesvorschriften 1226.
McMurtry, Charles Wood, Dermatologische Therapie. Resorzin 805. Schwefel 969. Der Gebrauch von Schwefel b. d. Syphilisbehandlung 1054. Ichthyol 1386, ferner 1306.
McWeeney, E. J., Ein Fall von Gumma des Herzens 1519.
Meachen, G. N., Zirkumskripte Leukodermie (Morphaea) 1178.
— Urticaria pigmentosa 1178.
— Fall z. Diagnostizieren 1178, 1179.
Mead, Francis H., Ist Scharlach im Abschuppungsstadium ansteckend? 1278.
Meaux-Saint-Marc, Positiver Wassermann b. einer 46 Jahre lang best. Syphilis 812.
— Gummöse syph. Infiltration, die eine Phlegmone vortäuscht 812.
— s. Gougerot.
Megaworian, P., Ulcus molle phagedaenicum 959.
— Lichen planus penis (et linguae?) 1236.
— Onychogryphosis b. e. Paralytiker 1236.
Meiner, Arthur 1306.
Meirowsky, E., Der gegenwärtige Stand der Pigmentfrage 1220.
— Geschlechtsleben der Jugend, Schule u. Elternhaus 1417.

Digitized by Google

Melli, C., s. Bertarelli, E.
Edler v. Menz, Felix, Merkblatt f. Soldaten z. Aufklärg. üb. d. Wesen u. die Gefahren der Geschlechtskrankheiten 1025.
de Meo, G. Finocchiaro, Strikturen d. Harnröhre u. ihre Beziehgn. z. den Geschlechtsfunktionen beim Manne 817.
Merck, Louis 1250.
*Merian, Louis, Spontaner Schwund der Warzen des Gesichtes nach chirurg. Entferng. solcher des Handrückens 1001.
— Positiver Leprabazillenbefund im Inhalte einer Kuhpockenpustel b. e. an Lepra tuberosa leidenden Patienten 1280.
Merk, Ludwig, Die Trichopoden u. Granula aestuantia i. d. menschl. Leukozyten 837, ferner 1394.
Merklen u. Legras, Pupillendifferenz u. Wassermannsche Reaktion 878.
Meschtscherski, Z. Bhdlg. des weichen Schankers 1512.
Meulengracht, E., Mitteilg. üb. Lepra in Serbien 963.
Meyer, A., Verwendg. der elektr. Taschenlaterne als diagnost. Hilfsmittel bei unsicheren Hydrozelen 1166.
— Bruno, Zum ersten deutschen Kinokongreß 1184.
— N. 1269.
— P., Die Syphilis d. inneren Genitalien d. Weibes 878.
Michaelis (Berlin), Serologie u. Vakzinetherapie i. d. Urologie 1259, ferner 1263.
Michailow, N. A., Einige neuere Angaben üb. die Ätiologie der Hydronephrosen (Angeborene Mißbildgn. des Harnleiters) 986.
— Neue Befunde üb. die Ätiologie der Hydro- und Pyonephrosen 1009.
Miedreich, Franz, Klinischer und tierexperimenteller Beitrag zur Toxikologie des Salvarsans 799.
Milian, Die syphilit. Natur der Chorea von Sydenham (??) 900.
— Neuritis optica nach Neosalvarsan 1181.
— Bhdlg. der Ménièrschen Krankheit dch. Salvarsaninjektionen 1520.
— u. Girauld, Der Wert des Antigens v. Desmoulière b. d. Wassermannschen Reaktion 1080.
— — u. Duret, Toxizität des Neosalvarsans 1080.
Miller, Daniel Tucker, Die Bhdlg. der Blennorrhoe b. Manne 1362.
— J. W., Dermatitis vegetans 834.
— Lupus erythematosus b. e. Kinde 1386.
Mills, Walter Sands, Ein Hermaphrodit? 1145.
Milmann, J., Keratoma hereditarium palmare et plantare 958.
— Dermatitis nodularis necrotica (Acnitis) 958.
— Fall mit unklarer Diagnose 958.
— Parapsoriasis en plaques 959.
— Lupus erythematodes faciei 1236, ferner 1236.
Milne, L. S., Die derzeitige Bedeutg. d. Wasserm. Reaktion 843.
Milota, Wenzel, Üb. die Verwendg. d. Noviform i. d. Dermatologie u. bei vener. Erkrankungen 1178.
Minassian, Pasquale, Kurze Bemerkungen z. den Resultaten v. 1600 Wasserm. Reaktionen 812.
Missikow, Die Bhdlg. des Ekzems, der Krätze u. einiger anderer Hautkrankheiten m. Xylol per se 935.
Mitchell, A. P., Bhdlg. der Syphilis m. Salvarsan 921.
Mittendorf, W. K., Die Bhdlg. der blennorrh. Ophthalmie mit Gonokokkenvakzine 1218.
Miyauchi, K., Die Häufigkeit der Varizen am Unterschenkel bei Japanern u. der Erfolg einiger operativ behandelter Fälle 1113.
Mock, Jack, Die primären Tumoren des Nierenbeckens 1084.
— Nephrektomie ohne Dränage wg. Nierentuberkulose 1337.
Mohr, M., s. Beck, S. C.
Molesworth, E. H. 1058.
Moll, Albert 1458.
Mondschein, Stanislaus, Salvarsan und Neosalvarsan 1246.
Montgomery, Douglas W., Keratosis seborrhoica dch. ungewöhnl. starke Belichtung verursacht 1105.
Moore, Harvey Adams, Primäre Blasennaht 1329.
Morel, Albert, u. Mouriquand, Georges, Experim. Untersuchgn. üb. die Neurotropie des Salvarsans 925.
— s. Hallion.
Morelle, M., Ein Fall von Parakeratosis psoriasiformis symmetrica 1322.
— Fall v. symmetrischer Vitiligo 1322.
Morosow, Verlauf der sich nach subkut. Anwendg. des Ehrlichschen Präparates Salvarsan (606) bildenden Infiltrate 1156.
Morris, M., u. Dore, S. E., Mikroskopische Präparate von Rhinosklerom-fällen 801.
— — Fall zum Diagnostizieren 1180.
Mortimer, J. L., Therapie d. Syphilis 902.

Digitized by Google

Moses, Arthur 1045.
Motcki, K., Bemerkgn. z. d. Essay: „Nochmals üb. das Schicksal v. Salvarsan am Injektionsorte von A. Takahashi-Tokio" 1477.
Mouriquand, Georges, s. Morel.
Moutot, H., s. Nicolas.
Msareulow, Ein Fall von Dermatitis chron. exfoliativa (Wilson-Brocq) 1156.
Mucharinsky, M. A., Spina bifida, Retentio urinae, Hydro-uretero-pyelonephrosis bilateralis, Diverticulae vesicae urinariae 1515.
— Steine der Prostata u. der Urethra prostatica 1010.
Mühlmann, Z. Lehre der Parapsoriasis en plaques Brocq 1009.
— Zur Lehre des Granuloma annulare (Radcliffe Crocker) 1512.
Müller (Tanga), Zur Operation der Elefantiasis der männl. Genitalien 1018.
— E. H., u. Zürcher, E., Z. Kenntnis u. Bhdlg. der Prostitution, ausgehend von der Prostitution in der Stadt Zürich 1326.
— H., Dauererfolge der Salvarsanabortivkuren der Jahre 1910—1911 919.
— M., Die Notwendigkeit einer obligat. Einführg. der Blutuntersuchung nach Wassermann b. der Kontrolle der Prostituierten u. deren Bedeutg. f. die allgem. Prophylaxe der Syphilis 1224.
— Zur persönlichen Prophylaxe der venerischen Krankheiten 1327.
— R., u. Stein, R. O., Die Hautreaktion bei Lues u. ihre Beziehg. z. Wasserm. Reaktion 1423.
— — Intrakutanreaktion 1450, ferner 1449.
Münch (Darmstadt), Hygienische Vorträge vor Fortbildungsschülern 1325.
Mulzer, Paul, Diagnose u. Therapie d. blennorrh. Erkrankgn. i. d. Allgemeinpraxis 1296, s. Uhlenhuth.
Murard, Tabische Arthropathie der Hüfte 897.
Muren, G. Morgan, Die Bhdlg. der Prostata 1329.

Naecke, Paul 1114.
Nakomo, H., Experimentelle und klin. Studien über Kutireaktion und Anaphylaxie bei Syphilis 796.
— Histopathol. Studie der Epididymitis blennorrh. u. ihre Behandlung 986.
Nathan, Marcel, Motorische u. geistige Schwäche sowie Augenmuskellähmung b. e. Erbsyphilitischen 1390.
— Mitralstenose u. Radiculitis cubitalis b. e. Erbsyphilitischen 1390.
Necker (Wien), Klinik der Nephroptosen 1268, ferner 1267.
Negrete, Carlos, Gefahren d. schnellen u. totalen Entleerung der Blase bei Prostatikern m. kompletter Retention 1169.
Neißer, A., Die Prinzipien der modernen Syphilistherapie 903.
— Bemerkgn. zur Lupusbekämpfung 1299, ferner 1394, 1411.
Nemenow (Petersburg), Die Röntgentherapie in der Dermatologie 1008.
Neumann, H., Die Geschichte einer armen Familie 866.
Newlin, Arthur, Positiver Wassermann bei anscheinend nicht syphilit. Erkrankungen 1458.
Newmark, L., Erweichungsprozesse im Rückenmark b. e. Syphilitiker n. Injekt. von Salvarsan 925.
Nicolas, J., u. Bussy, Fall von tuberkulöser Lepra 1280.
— u. Moutot, H., Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie 932.
— — Akrodermatitis continua suppurativa 992.
— — Bhdlg. des Lupus m. Skarifikationen u. Ätzungen m. Chlorzink u. Jodtinktur 1182.
— — Pruritus m. Lichenifikation u. Leukokeratose d. Lippe 1182.
— — u. Charlet, L., Kongenitale familiäre Dermatose mit progressiven trophischen und chron. ulzero-vegetierenden Läsionen, mit pemphigoidem Beginne u. mit Nagelveränderungen. Varietät des dystrophischen kongenitalen Pemphigus 1077.
Nicolich (Triest), Schmerzhafte sklero-adipöse Perinephritis 1087.
— Rachianästhesie i. der Urologie 1088.
Nicoll, D. H., Sechs operativ bhdlte. Fälle von Hydrozele im frühesten Kindesalter 1166.
Nietner (Berlin), Die Lupusbekämpfg. in Deutschland 1299.
Nikiforow (Odessa) 1008.
Niles, George M., Die Bhdlg. der Pellagra, ihr gegenwärtiger Stand 1274.
*Nobl, G., Die Dermatologie am XVII. Internat. mediz. Kongreß (London 6. bis 12. August) 1126.
*— XI. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 1406, 1442.
— Pathologie des Erythema induratum (Bazin) 1445.
— Purpura annularis telangiectodes 1450, ferner 1448.
Nock, W. W., Natrium carbonicum bei Trichophytie 991.

Digitized by Google

Nogier, Th., u. Reynard, G., Großes Blasendivertikel mit Steinen 839.
Noguchi, H., Weitere Studien üb. den Nachweis der Spirochaeta pallida b. allgemeiner Paralyse u. Tabes dorsalis 1293.
Noiré, H., s. Sabouraud.
Nonne, Max 1394.
*v. Notthafft, Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren 1339, 1366, 1522.

Oberholzer, Emil, Die Wirkg. d. Kastration a. die Libido sexualis 866.
Obermiller (Straßburg), Z. Kritik der Nebenwirkgn. des Salvarsans (bzw. Neosalvarsans) mit bes. Berücksichtigung des Wasserfehlers 1102.
Oberndorfer (München), Die syph. Aortenerkrankung 870.
*Odstrčil, Jaroslav, Üb. ein Purpuraexanthem nach Balsam. Copaivae 1066.
Oelsner (Berlin), Zur Pyelotomie 986.
Oliver, W. Jenkins, Ein Fall von Purpura auf Trauma folgend 1211.
Ollerenshaw, R., Nephrolithiasis im Kindesalter nebst e. Bericht üb. 2 erfolgreiche Fälle v. Nephrolithotomie bei kleinen Kindern 1213.
Oppel, W. A., Die Ausschaltg. d. Blase 835.
Oppenheim, Moritz, Ein Btrg. zur Bhdlg. d. Pityriasis versicolor, des Erythrasma, der Skabies, d. Psoriasis vulgaris u. Akne vulgaris 936.
*— Lupoidähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen *1289, 1446.
— Praktikum der Haut- u. Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte 1416.
— Das Wesen, die Bedeutg. u. die Gefahren der Geschlechtskrankheiten 1522.
— Riesenzellentumoren n. subkut. Einspritzgn. eines Arsen-Eisenpräparates 798, ferner 1451.
Oppenheimer, Rudolf, Die intravesikale Bhdlg. der Blasenpapillome dch. Elektrolyse 1239, 1267, ferner 1262.
Oraison, J., Chirurgische Nierentuberkulose b. Kinde 1086.
Orlowski, Paul, Die Schönheitspflege. Für Ärzte u. gebildete Laien 1104.
— Üb. Arthigon bei Urethritis posterior 1514.
— Die Entzdg. d. Colliculus seminalis mit ihren direkten u. reflektorischen Folgen 837.
— Die Folgen der am Kollikulus lokalisierten Entzündungen der Urethra posterior 1335.
Ormsby, Oliver S. 938.
Orth 1411.
Ostwald, Hans, Wandernde Frauen 867.
de Oyarzabal, E., Dermitis arteficialis v. ekzem. Typus, hervorgerufen dch. Atophan 1101.

Pagenstecher, E., Z. Klinik u. Histologie schwerer Röntgenverbrennungen 1276.
Pakowski, Jean, Nephrostomie zur dauernden od. vorübergehenden Harnableitung 1336, 1516.
Paldrock, Eine einfache Methode z. Nachweis von Leprabazillen in der Haut 815.
Palumbo, Vincenzo, Üb. einen Fall v. Dermatitis exfoliativa generalisata 1100.
Panfilow, Ein Fall von Dermatitis exfoliativa 933.
Paoli, Astolfo, Ein Fall von Trichosporie 1415.
Papin s. Hallion.
Paranhos, Ulyses 1414.
Paris u. Desmoulière, Das Antigen beim Wassermann 1482.
— J., u. Fournier, A., Die Urethrozelen b. Manne 1516.
Parisot u. Heully, Versuch der Bhdlg. des kongenit. hämolyt. Ikterus dch. Röntgentherapie der Milz 1142.
Paschen, E. 1250.
Pascual, Salvator, Steine im intraparietalen Teile des Ureters 839.
Pasini, A., Üb. einige mit Gold- und Kaliumzyanür (Merck) behandelte Fälle von Hauttuberkulose 1354.
Pasteau, O., u. Degrais, Die Anwendung von Radium beim Prostatakrebs 1336.
Pasteur s. Souques.
Patterson, N., Fall v. Epitheliom d. Ohrmuschel u. Halsdrüsen; Entferng. d. affizierten Teile 1024.
Pech, Die Bhdlg. der Dermatomykosen mittels eines neuen Verfahrens 937.
Pecori, Giuseppe, Die Trichophyton-Pilze in der Provinz Rom 1100.
Pedersen, Victor Cox, Ein Lichtträger mit Linse u. ein Rheostat für Urethroskopie 1158.
— Üb. urethrale u. periurethrale Steinbildung 1160.
— Blennorrhagie b. Manne 1215.
Pellegrini (Padua), Üb. die Leukoenzephalitiden bei erbsyphilitischen Neugeborenen 962.

Digitized by Google

Pellier, J., s. Ufferte.
Pellizzari, Celso, Alopecia areata u. verwandte Krankheiten 1415.
Peña, Manuel, Bedeutg. d. renalen Hämaturie n. Nephrektomie wg. Tuberkulose 1087.
Perducet, Blanc, Aortitis syph. u. Atheromatose 869.
Perelman, A., Btrg. zur Modifikation d. Wasserm. Reakt. nach Sabrazes-Eckenstein u. ihre Anwendbarkeit i. d. Kinderklinik 1485.
Perimoff, Victor, Zur Frage der Überpflanzung behaarter Haut 1426.
Perkel, J., Idiopath. progressive Atrophie der Haut 958.
— Ulcus ani et penis 959.
— Ein Fall von Parapsoriasis en gouttes à squames adhérentes (Brocq) b. einer Syphilitikerin 1156, 1235.
— Leukoderma colli psoriaticum 1271.
— Ein Fall v. Tuberkulose des Rektums u. Afters u. von Ulcus molle des Penis 1305.
— s. Glawtsche.
Pernet, George, Lichen planus acutus und Lumbalpunktion 1321.
Perroncito, A., Üb. die Ätiologie der Pellagra 960.
Peschke, Kurt, Die Nötigg. z. Unzucht mit Dritten 867.
v. Petersen, A., Blastomykosis 1007.
— Üb. die Bhdlg. der Orientbeule (Leishmania) mit Salvarsan 1015 (Bis).
— Orientbeule 1449, ferner 1394.
Petges, G., Morphea guttata u. „white-spot disease" 1077.
— Z. Frage der Morphea guttata 1320.
Peusson, Alfred, Die pathogenet. Rolle der Perinephritis des Hilus 837.
Pfahlen, George E., Plötzliche Anschwellg. d. Parotis kurz nach X-Strahlenbhdlg., deren wahrscheinl. Ursache u. Verhütungsmittel 968.
Pfeifer 1266.
Pfister, Edwin, Btrge. zur Histologie der ägyptischen Blasensteine 1163.
— Üb. Prostataelemente b. Urethrorrhoea ex libidine 1168.
Picker, Rudolf, Die Bhdlg. d. Blennorrhöe b. Manne ohne Antiseptica 836.
— Die syphilit. Erkrankgn. der Harnblase 1488.
Pieri, G., Üb. die Botryomykose 1022.
Piersig, A., Gibt es ein Mittel, die kleinen chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden? 800.
Pillet (Rouen), Große Nierensteine, die keine Erscheinungen machten 1086.
Pinkus 795.
Pinoy, E., Üb. die Bhdlg. der Aktinomykose 1511.
Plaut, H. C., Z. Wertschätzg. d. Brendel-Müllerschen Reaktion 844.
Plicque, F. A., Bhdlg. d. Syphilis bei Schwangeren 901.
— Diagnose u. Bhdlg. der Mykosen 936.
— Die hygienische u. medikamentöse Bhdlg. des Pruritus cutaneus 1140.
Pöhlmann, A., Ist die Ausführg. d. Brendel-Müllerschen Reaktion dch. den prakt. Arzt empfehlenswert? 845.
Poirier (Antwerpen), Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 1322.
Polland, R., Naevus linearis verrucosus 832.
— Z. Bewertg. d. internen Hg-Darreichung 905.
— Syphilis ohne Primäraffekt 1049.
*— Symmetrische Hautgangrän. Ein Beitrag z. Lokalisation symmetrischer Affektionen 1059.
— Üb. seltene Formen des Lichen ruber planus u. ihre Behandlung 1238.
— Weitere Btrge. zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica (Matzenauer-Polland) 1456.
Pollitzer, Sigmund, Das Verschwinden der Parasyphilis 1520, ferner 938.
Poncet, Antonin 1282.
*v. Poór, Franz, Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion" 779, 826.
— Experimenteller Beitrag zur Immunität bei Syphilis tarda 797.
— Ein Btrg. z. Vererbung der Syphilis 1303.
Poppi, G., Die Frühdiagnose der Erblues in den Waisenhäusern 846.
Porten, William Henry, Üb. Harnsäuresteine; wie deren Bildg. dch. Karbolsäuregebrauch zu verhüten ist 1163.
del Portillo, Luis, Indikationen der inneren Bhdlg. der blennorrh. urethrovesikalen Affektionen, bes. mit Allosan 1189.
Posner, C., Zylinder u. Zylindroide im Harn 1269.
— Die Bildg. der Harnsteine 1514, ferner 1265.
Pospelow, W., Z. Frage der Jodexantheme. Ein Fall von Jododerma tuberosum fungoides 894.
Posselt, Karl 938.
Post, Der gegenwärtige Stand der Salvarsanbehandlung 918.
Poth (Berlin) 1266.
Potter, Die Bhdlg. der Akne vulgaris mit Autovakzine 1012.

Digitized by Google

Pousson, Alf., Chirurg. Indikationen bei chron. Nephritis 1084.
Prausnitz, Karl, u. Stern, Margarethe, Zur Theorie d. Wassermann-Neißer-Bruckschen Reaktion, unter bes. Berücksichtg. d. Versuche am Kaninchen 1421.
Preindlsberger (Serajewo) 1264, 1268.
Pretorius (Hannover) 1270.
Primbs, K., Untersuchungen üb. die Einwirkg. von Bakterientoxinen a. den überlebenden Meerschweinchenureter 1325.
Pringle, J. J., Jonathan Hutchinson † 956.
Prosskurjakow, Augenblickl. Stand der Frage der Bhdlg. der Hautkrankheiten n. d. Methode v. Prof. Finsen 1007.
v. Prowazek, S., Z. Ätiologie der Samoapocke 1021.
Pstrokonski, Josef 1490.
Pudor, G. A., Dermatitis repens d. Unterextremität 1054.
Pujol s. Cestan.
Pupo, João 1047.
Pusey, W. A., Ätzpasten mit Acidum sulfuricum 1243, ferner 803.
Putzu, F., Karzinom der Prostata und Blase, Blasensteine, kongenitale Stenose des rechten Ureters und rechtsseitige Uropyonephrose 987.

Queyrat, Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 1391.
— u. Bouttier, Leukoplakie ohne vorhergegangene Syphilis 1012.
— — Weiche Schanker mit Röntgenstrahlen behandelt 1016.

Raab, O., Zur Technik der Blutentnahme für die Wasserm. Reaktion 1490.
Rabello, Ed., Botryomykose 1039.
— Favus des Kopfhaares 1039.
— 2 Fälle von Vitiligo 1039.
— Sporotrichose 1042.
— 3 Fälle von Leishmaniosis tegumentaria 1044.
— Ulcus phagedaenicum tropicale 1045.
— Lupus tuberculosus 1045.
— Fall von Blastomykose 1046.
— Leishmaniosis tegumentaria 1413, 1414.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 1414, ferner 1046, 1413.
Rabinowitsch, Die Syphilis u. die Wasserm. Reaktion bei Findelkindern 1513.
— Marcus, Leprabazillen im kreisenden Blute der Leprakranken u. im Herzblute eines Leprafötus 1279.
Radaeli, Francesco, Üb. e. Fall von Scabies norvegica 1100.
Raizies, G. W., s. Schamberg.
Ramazzotti, Virginio, Btrg. z. Studium der Bakteriologie u. Histopathologie der chronischen Urethritis 1416, ferner 1282.
Ráskay, Desider, Üb. die Dauerresultate der verschied. Bhdlgsarten der Harnröhrenstrikturen 1161.
Rasumowski, Zwei seltene Hautfälle: Fibroma molluscum u. Naevus pigmentosus 815.
— Zur Frage d. Bekmpfg. d. Syphilis u. der vener. Krankheiten in den Städten 1512.
Ratera, Julian, u. Ratera, Santiago, Ein großer Nierenstein. Nephrektomie. Heilung 1213.
— Santiago, s. Ratera, Julian.
Raulot-Lapointe, G., s. Widal.
Ravaut, Paul, Die Technik der konzentrierten intravenösen Neosalvarsaninjektionen 921.
— Versuche mit Autohämotherapie bei einigen Dermatosen 1075.
— Heilwert v. Neosalvarsan bei verschiedenen Tuberkuliden 1082.
— Neue Methode der intravenösen Injekt. von Neosalvarsan 1247.
— Neosalvarsan u. Wasserm. Reaktion bei Tuberkuliden 1321.
— 2 Fälle von Nervensyphilis mit intrarachidischen Quecksilber- und Neosalvarsaninjektionen behandelt 1521.
— u. Scheikevitsch, Injektionen v. konzentrierten Neosalvarsanlösungen 809.
Ravitch, M. L., Die sog. wichtigen, in der Dermatologie gebräuchlichen Arzneimittel 1053.
Ravogli, Augustus, Kann Psoriasis geheilt werden? 804.
— Ekzem vom Standpunkte des Praktikers 933.
Rebatu u. Faujas, Ein Fall v. Lebersyphilis 1490.
Reed, Howard S., Die Wirkg. v. Diplodia zeae u. einiger anderer Pilze auf einige Phosphorverbindgn. des Mais 848.
Reenstierna, John, Üb. die Kultivierbarkeit u. Morphologie des Lepraerregers u. d. Übertragg. d. Lepra auf Affen 1048.
Reggiani, Astorre, Üb. Technik u. Resultate d. Wasserm. Reaktion 1421.
Rehmer, John 1306.
Reiter (Königsberg) 1262.
Remen, John, s. McKee.

Digitized by Google

Remete, Eugen, Rückblick auf die urolog. Tätigkeit in Ungarn in den Jahren 1910—1912 987.
Renault, Alex, Antwort auf den Vortrag v. Leredde üb. die Sterblichkeit an Syphilis im Jahre 1910 1180.
— Welche Darstellung soll sich der Syphiliskranke beim jetz. Stande der Wissenschaft von den Gefahren seiner Krankheit und von der Heilung, die er erhoffen kann, ferner v. d. Umständen, welche sie verschlimmern können, und von einer gut geführten und mit einer richtigen Hygiene kombinierten Bhdlg. machen? 1301.
Rendu, Robert, Rekurrenslähmung dch. spezifische Bhdlg. geheilt 880.
de Renzi, Üb. e. Fall v. zwölf Tage andauernder Anurie 1170.
— Skorbut, Hämophilie u. progressive, perniziöse Anämie 1275.
Reuter, Albrecht, Ein Fall von akutem pemphigusähnlichem Exanthem im Verlaufe des Abdominaltyphus 795.
Reynard, G., s. Nogier.
Reynès, Henry, Pseudozystitis dch. funktionelle Blaseninsuffizienz 1358.
Reynolds, J., u. Reynolds, R. J., Die Bhdlg. von Karbunkeln, Furunkeln, Staphylokokkeninfektionen und gewissen Streptokokkeninfektionen dch. große innerliche Dosen von verdünnter Schwefelsäure 1245.
— R. J., s. Reynolds, J.
*Richter, Ed., Zur Kontraluesinbehandlung 883.
*— Kontraluesin zur Therapie der Syphilis 1429.
*— Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Julius Fürth: „Die Bhdlg. der Syphilis mit Kontraluesin" 1438.
— Paul, Historische Beiträge zur Urologie 1239.
— Geschichtliche Btrge. üb. die Versuche, die Ausbreitg. d. vener. Krankheiten in Preußen festzustellen u. zu verhüten 1327.
— Üb. die allgem. Dermatologie des 'Ali ibn al-'Abbas (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung 1455, ferner 1010.
Riecke, Erhard, Üb. den gegenw. Stand der Salvarsantherapie b. Syph. unter Berücksichtgg. eigener Erfahrungen 905.
Rieder-Pascha, Robert 1114.
Riehl 1394.
van Riempst, Theodor S. E. Schaepkens 1282.
*Rille, J. H., Eduard Schiff † 915.
Ringer, A. J., s. Schamberg.
Rist, E., u. Léon-Kindberg, M., Anatomie u. physiol. Pathologie d. amyloid. Degen. d. Nieren bei Tuberkulösen 1082.
Robbins, Frederik C., Ein Fall von Pellagra 1273.
Robin, Albert, Die Bhdlg. der Tuberkulose bei Syphilitikern 1303.
da Rocha-Lima, H., Btrg. z. Kenntnis der Blastomykosen, Lymphangitis epizootica und Histoplasmosis 1021.
Rochet (Lyon), Die Bhdlg. der Nieren- u. Blasentuberkulose im Frühstadium 1387.
Roger, Henri, Die Zerebrospinalflüssigkeit b. der Nervensyphilis und Parasyphilis 896.
Rohdenburg, George L., s. Klotz.
Rohleder, Hermann, Das Sexuelle im Leben Napoleons I. 1184.
Roiziès, H., Die Kuprase b. inoperablem Karzinom 1057.
Roller, Tod dch. den Einlauf einer Chlorzinklösung in die weibl. Geschlechtsorgane 1215.
Rolleston, J. D., Zerstörg. d. Uvula bei Vincents Angina 1022.
Romano, Giuseppe, Komplizierter Nierentumor 817.
Rominger, E., Üb. Erzeugg. von Komplementbindungsreaktionen dch. Zusatz v. chemischen Substanzen zum normalen Serum 1485.
Rosenstein, P. 1265, 1268.
Rosenstirn, Julius, Die „Munizipalklinik" von San Francisco 1223.
Rosenthal, Oskar 1090.
Rost (Kiel) 1263.
— G., Klimatische Bubonen 1022.
Roth, A., Die Bhdlg. der Skabies m. Ristin 936.
— Max, Wert der Phenolsulfophthaleinprobe zur Prüfung der Nierenfunktion 1268.
— u. Mayer, Theodor, Welchen Wert haben die Balsamika, insbes. die neueren, f. die Bhdlg. der Blennorrhoe? 1514, ferner 1262.
Rothwell, J. J. 1306.
Roubier, C., u. Gajet, A., Aortitis syphilitica 1519.
Rouhaut, Alexandre Ph. Ch., Üb. die im Verlaufe des Typhus auftretende Hautgangrän 1019.
Rouvière, G., Hepatitis nach Salvarsan u. Neosalvarsan 1321.
Roux, E., Untersuchg. des Blutes bei Albuminurischen 1086.

Digitized by Google

Rouzaud, Sucquet u. Cabanis, Die Cholesterinämie d. Syphilitischen. Einfluß des Salvarsans 1303.
Rovsing, Th., Die Nierentuberkulose 1009.
Rubaschow, S., Die Röntgenologie im Dienste der urologischen Chirurgie 1324.
Rubin, J., Üb. akute Polyarthritis im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis 1454.
Rubinstein, D., Lichen ruber planus 1237.
Rüdiger, Otto, Salvarsan b. heredit. u. akquirierter Syphilis im Säuglings- u. Kindesalter 925.
*Rühl, Karl, Einiges üb. die Spültechnik b. d. Therapie der Gonorrhoea ant. et posterior 907.
— Üb. zwei Fälle von schwerer Lues 1486.
Ruete, A., Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens 1510.
Ruggles, E. Wood, Salvarsan gegen Quecksilber 923.
Ruh, Organveränderg. beim Salvarsantod 1247.
Rumpel, O., Zystische Erweiterg. des vesikalen Ureterendes 986.
Rupprecht (München), Die Prostitution jugendlicher Mädchen u. ihre Bekämpfung 1154.
Rush, O., Venerische Erkrankgn. b. Neger, m. bes. Betonung des Trippers 1193.
Ruthon, Die physikalische Bhdlg. der Nävi 1143.
Ryall, C., Ein Vortrag üb. Zungenkrebs 1056.
Rytina, A. G., Die Luetin-Hautprobe i. d. Diagnose d. Syphilis 846, 1484.

Saalfeld 864.
Sabella, Pietro, Üb. einige in Tripolis beobachtete granulomatöse Hautkrankheiten 1100.
— Das „Arthigon" als antiblenn. Mittel, untersucht b. Tieren u. bei Menschen 1100.
— Zusammenhang zwischen Pedikulosis und impetiginösen Hautmanifestationen 1141.
— Das Silbernitrat i. d. Dermatologie 1244.
— Physiologie u. Pathologie der Haut bei der Cholerainfektion 1415.
Sabin, Berthe, Profetas Gesetz u. Wasserm. Reaktion 811.
*Sabouraud, R., Henri Tenneson † 1472.
— u. Noiré, H., Untersuchgn. üb. Vakzinetherapie nach Wright m. Staphylokokken u. d. Mikrobazillus seborrhoicus 1074.
— — Nährboden f. e. leichte Gonokokkenkultur 1078.
Sabsowitsch, Das Neosalvarsan i. d. Bhdlg. der Syphilis 929.
Sacharow, Bromoderma tuberosum 959.
Sachs, Otto, Klin. u. experim. Untersuchungen üb. die Einwirkg. von Anilinfarbstoffen a. d. menschl. u. tierische Haut 1048.
— Papulonekrotische Tuberkulide u. Sarkoide 1447.
— Zur Pathologie der generalisierten exfoliativen Erythrodermien 1456.
Sadger, J., Üb. den Wert der Autobiographien sexuell Perverser 1337.
Sakurane, K., u. Yamada, Sh., Üb. die Bhdlg. der Syphilis mit Antiluetin Tsutsuki 1476.
Sambon, Louis Westerna 1306, 1394.
Sanders, A. S., s. Hyman.
de Sandro, Domenico, Üb. den Bacillus oxalatigenes. Kann die Oxalurie bakteriellen Ursprungs sein? 1170.
Santos, Carlos 1267.
Saphier, Johann, Zur Tecnik der intravenösen Injektion 1058.
*Saudek, Ig., Grundlagen und Varianten einer externen Jodtherapie 1463.
Sauvage, Das Salvarsan bei syphilit. Schwangeren und Neugeborenen 924.
— C. u. Géry, Louis, Große syphilit. Gummen b. e. Neugeborenen 1390.
Gavy, P., u. Genet, Conjunctivitis blennorrhagica metastatica 1218.
Schaal, J., Die moderne Toilettenseifenfabrikation, unt. bes. Berücksichtgg. d. Fabrikationsschwierigkeiten u. deren Beseitigung 1157.
Schachnow, W., Üb. die Wirkg. des Kollargols bei direkter Injektion ins Nierenparenchym 1386.
*Schamberg, Jay Frank, Kolmer, John A., Ringer, A. J., u. Raizies, G. W., Forschungsergebnisse über Psoriasis 1283.
— s. Kolmer.
Scheele, K., s. zur Verth.
Scheikevitsch s. Ravaut.
Scherber, Persistierende Urtikaria 1450.
Scherer, E., Üb. das Vorkommen v. Tuberkulose u. Syphilis in Deutsch-Südwestafrika 1392.
Schestopal, J., Fall mit unklarer Diagnose 1235.
— Zirzinäre erythematöse Kreise a. d. Vola manus 1237, 1271.

Digitized by Google

Schiff, Eduard 915.
Schindler, Karl, Die Pathogenese und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft 800.
Schiperskaja, Die Bedingungen f. d. Infekt. d. Kinder m. Blennorrhoe n. d. Daten des Kalinkinhospitals f. 8 Jahre 814.
— Z. Frage der Pseudofurunculosis Finger 1008.
— Ein Fall von Cranium natiforme infolge v. Rachitis 1513.
Schischlo, A., Üb. die Heilg. d. Juckens m. autogener Vakzine 1140.
Schkarin, Üb. das Ekzem b. Brustkindern in Abhängigkeit von Diathesen im kindl. Alter 935.
Schlagintweit, F. (München) 1264, 1522.
Schlesinger, Arthur, Über latentes Erysipel 1017.
Schmidt, Alexis, Einige Erfahrungen über Viljacrême (Ung. herbale Obermeyer) 1244.
— Willy, s. Herxheimer.
Schmitt, Artur, Wirkliche u. angebl. Schädigungen dch. Salvarsan 1483.
Schmitter, Ferdinand, Die Luetinprobe 1294.
*Schmölder, Robert, Die Reglementierg. d. gewerbsmäßg. Unzucht 860.
Schmutz, Eugène, Die neuen Behandlungsmethoden d. akut. blennorrhag. Epididymitis m. bes. Berücksichtgg. d. Antimeningokokkenserums 1187.
Schneider, C., Ein Fall von starker Nachblutung nach Operation eines Blasenpapilloms mittels Hochfrequenzströmen 1133, ferner 1260.
— H., Über Erblichkeit des Atheroms 1142.
Schnittkind, Ein Mann mit überkompletter Brustwarze 1157.
Schönberg, S., Zur Ätiologie der Zystitis emphysematosa 1162.
Schönborn u. Matz, Z. Frage der Parasyphilis 896.
Schönrich, Herbert, s. Likes.
Scholtz (Königsberg), Die Bhdlg. des Lupus 1301.
— Moses, Moderne Diagnose u. Bhdlg. von Schankroiden 835.
Schouten, H. J., Üb. falsche od. mißverständliche Sprachgebräuche i. d. sexualwissenschaftl. Terminologie 866.
Schramek, M., s. Arzt.
Schüle (Freiburg i. B.), Zur Bhdlg. d. Furunkulose 1020.
Schulmann, Maximilian, Syphilis des Sternums 874.
Schultheiß (Wildungen) 1265.
Schultze, Ernst, Üb. syphilogene Erkrankungen d. Zentralnervensystems 879.
— W. H., Männliche Geschlechtsorgane 1145.
Schumacher, S., Über Gonargin, ein neues Vakzinepräparat 799.
Schuster, Paul, Die Beziehgn. d. sogen. tuberösen Sklerose des Gehirns zur Dermatologie 1475.
Schwarz (Wien) 1268.
Schwarzmann s. Glawtsche.
Schwarzwald (Wien), Nierenarteriensklerose 1269, ferner 1268, 1270.
Sedillot s. Grénet.
Seeberg, Reinhold 1458.
Sehrwald (Straßburg), Verätzungen dch. Benzin 1277.
Seifert, Otto 1394.
Selenew, J. F., Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Arthritis, Keratosis d. Fußsohlen b. e. blennorrh. Patienten 833.
— Z. Frage der Bestandteile des Samens; Orchitis desquamativa blennorrhoica 1296.
Semenow, W. P., Klin. Beobachtgn. üb. die Wirkg. d. Gonokokkenvakzine b. chron. blenn. Arthritiden 816, 1217.
— -Blumenthal (Rostow), Ein Btrg. zum latenten Erysipel 1017.
Semon, H., Raynaudsches Syndrom u. Syphilis 869.
Sequeira, J. H., Fall von multiplem Lupus 801.
— Ein Fall von multiplen Telangiektasien 802, 1179.
— Fall v. Hidradénomes eruptifs (Syringoma) 1178.
— Multiple subkutane Abszesse b. e. jungen Mädchen 1179.
— Kongenitale Hyperkeratose der Hände u. Füße usw. 1180.
— Fall v. Lupus erythematosus 1180.
— s. Whitfield.
Sergent, Emile, Die sekund.-syphil. Tracheobronchitis u. ihre Diff.-Diagnose m. d. Tuberkulose 875.
— Diagnostik der Tuberkulose u. der Syphilis 1281.
— Die skrofuloiden Formen der Syphilis 1487.
Serkowski, Stanislaus, Über Vakzinetherapie 1356.
— u. Wisniewski, J., Üb. d. Infektionserreger der Psoriasis vulgaris 930.
Serra, Alberto, Einige m. Salvarsan bhdlte. Fälle v. Syphilis, Lepra u. Psoriasis 813.

Digitized by Google

Serra, Alberto, Die letzten Untersuchgn. üb. Einimpfung von Lepramaterial in das Kaninchenauge 966.
— Antileprol in der Leprabehandlung 1319.
Shilinski, Z. Bhdlg. des Erysipels m. wiederholten Jodtinkturpinselungen b. gleichzeitigen wiederholten Kollargolinfusionen 1157.
Sibley, W., Knowsley, Eine neue Methode zur Anwendg. von Kohlensäureschnee 838.
— Abnorme Haarflechte u. Plica neuropathica 988.
— Operative Bhdlg. von Haut- u. Schleimhauterkrankgn. mittels Elektrizität 1334.
— Psychopathia sexualis. „Erotische Träume" 1360.
Sill, E. Mather, Die Bhdlg. des Erysipels mittels Vakzine bei Kindern 1018.
Silvestrini 961.
Simon s. Brocq.
— (Mannheim) 1268.
Siten, E. H., Infektion der Urogenitalorgane m. dem Micrococcus catarrhalis 1146.
Skudro, Stanislaw, Üb. den Einfluß der Quecksilberpräparate a. d. Wachstum der Mäusekarzinome 1057.
Skutezky, Karl, s. Bauer, Julius.
Slattery, J. B., Üb. das Vorkommen von Aktinomykose bei tuberkulösen Individuen, drei Fälle 1016.
Slavik s. Wickham.
Sluys, F., Infantile Paralyse 898.
de Smet (Gent) 1058.
Smith, D. King, Die Erfahrgn. d. Ärzte von Toronto b. d. Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 1385.
Snow, Benham, Üb. eine Methode nichtoperativer Bhdlg. von Prostatitis 1361.
Snyder, E. J. 1306.
So, F., u. Yamamoto, T., Üb. die Bhdlg. der Blennorrhoe m. blennorrh. Sekret 1476.
Sodmann, Ein Fall von gleichzeitiger Embolie des Gehirns wie der Lungen nach einer Injektion von 10% Sol. hydrarg. salicyl. c. ol. vaselini 894.
Solger, F. B., Üb. die Beziehungen zwischen Licht und Hautfarbstoff 1221.
Solowjew (Petersburg) 1008.
Somerset, W. L., Über Scharlach 1278.
Sommer, Arthur, Das Ehrmannsche Froschaugenphänomen im Blutserum von Psoriasiskranken 931.
Sommerfeld s. Aronson.
Sorel, F., s. Marghoux.
Sormani, B., Der Wert des luetischen Index bei Lues und Paralues 1454.
Souques, Barré u. Pasteur, Die Wasserm. Reaktion b. d. Pagetschen Knochenerkrankung 874.
Sowinski, Z. Kasuistik d. frühzeitigen syphil. Affektionen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung 894.
Speciale, Antonino, s. Longo.
*Spiethoff, Bodo, Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut u. d. Gesamtorganismus dch. Injekt. von Eigenserum, Eigenblut u. Natrium nucleinicum 1227.
— Zur therapeut. Verwendg. des Eigenserums 1242.
Spiller, F. 1443.
Spillmann, L., u. Jeannin, Trichophytoide Mykose dch. Carethropsis hominis 808.
— u. Watrin, Auffindg. d. Spirochaeta pallida in Roseolaflecken 1419.
Spring s. Heller, J.
Sprinz, Ulerythema sycosiforme 983.
Ssujetew, Die Reaktion v. Bordet-Gengou beim Tripper u. beim Rhinosklerom 816.
Stanziale, Rodolfo, Neuere Untersuchgn. üb. Einimpfung von Lepramaterial in die vordere Augenkammer des Kaninchens 963.
Stark, M. M., Bemerkgn. üb. die spezif. Anwendg. von Scharlachrot, Bismuth. subnitr. u. Methylenblau 834.
Stavianicks, Franz, Multiple Myome des Penis 1133.
Steckel, Wilhelm, Üb. larvierte Onanie 1183.
Stein, Arthur, Pruritus vulvae 834.
— A. K., Verändergn. d. Art. il. comm. b. Syphilitikern 868.
— Robert Otto, Die spezif. Bhdlg. der tiefen Trichophytie 990.
— Zur Kenntnis des chronischen Rotzes der Haut und Gelenke 1050.
— s. Müller, R.
Steiner, Paul, Btrge. z. Chirurgie der Blasen-, Prostata- und Harnröhrensteine 817, ferner 1263, 1265.
Steinhaus, S., Idiopathische Onychogryphosis 1236.
Steinke, F. 1306.
*Stelwagon, Henry W., Louis A. Duhring † 916.
Stephani, P., Ärztliche Ansprache an die Abiturienten der höheren Schulen Mannheims 1417.
Stephens, G. A., Aqua dest. versus Salvarsan b. d. Bhdlg. d. Syphilis 922.

Digitized by Google

Sterling, Waclaw, u. Jermutowicz, Stefan, Eine neue Methode der Salvarsan-Applikation 921.
*Stern, Carl, Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen 792.
— Üb. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadch. bedingte Fehlerquellen d. Wasserm. Reaktion 844.
*— Zur Technik intravenöser Salvarsaninjektionen 1006.
— Die Anwendungsart des Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion 1246.
— Margarethe, s. Prausnitz.
Sternberg, K., Die Körperchen von Lipschütz bei Pemphigus 991.
Stewart, J. Clark, Eine verkalkte Niere 1481.
Stiefler, Georg, Üb. e. Fall v. primärer symmetrischer Brachialplexusneuritis als Symptom einer Spätsyphilis 880.
Stillians, Arthur William, Einige Einzelheiten i. der Technik d. Wasserm. Reaktion 806.
Stiner, O., Weitere Erfahrgn. üb. Verwendg. von Azetonextrakten b. d. Serumdiagnostik d. Syphilis 840.
v. Stokar (München), Erfahrgn. üb. Salvarsan in der Praxis 920.
v. Strauss 1458.
Strauss (Frankfurt a. M.) 1262, 1267.
*— Arthur, Erwiderung 793.
— Üb. die Chemotherapie b. externer Tuberkulose 837.
— Zur Kupferbhdlg. d. äußeren Tuberkulose 1281, ferner 1411.
Stümpke, Gustav, Üb. ein eigentüml. Beispiel künstlich erzeugter Hautimmunität bei sek. Lues 1177, ferner 1114, 1362.
Sucquet s. Rouzaud.
Sudhoff, Karl, Dokumente zur Ausübg. der Lepraschau in Frankfurt a. M. im XV. Jahrhundert 965.
*— Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 u. 1495 1115.
— Der Ursprung der Syphilis 1301.
— Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg in den Jahren 1498—1505 1456.
Suter, Friedrich, Primäres Papillom am Ureter. Nephro-Ureterektomie mit Ausgang in Heilung 837.
— Über überzählige Nieren 1183.
Swann, A. W., Die Bhdlg. der Urtikaria mit Adrenalin 1248.
Sweeny, Glifford B., Vorzüge des Hg benzoatum 1330.
v. Szily, Paul, Die Immunotherapie d. multipl. Staphylokokkenhautabszesse d. Säuglinge 1020.
— Zur Chemotherapie der Lues oculi 876.

Taddei, Domenico, Btrg. z. Studium der einseitigen chron. schmerzhaften Nierenentzündung 1183.
Takahashi, A., Üb. den klin. Wert von Antiluetin Tsutsuki 1477.
Teive, V., Fall von Bouba 1046.
Teleky (Wien), Reizerscheinungen im Harnapparat wd. der Menstruation 1268.
Telford, E. D., Halbseitige Körperhypertrophie im Verein mit Nävus- und Varizenbildung 1143.
Tenneson, H. 1250, 1472.
Terebinsky (Savatow), Üb. die Infektiosität der tertiären Erscheinungen d. Syphilis u. üb. die Bedeutg. derselben für die Frage „Syphilis u. Ehe" 1302.
— Über das pathol.-anatom. Wesen der Alopecia areata 1139, ferner 1007.
Terra, F., Über Blastomykose 1037.
— Lepra maculosa alba 1040.
— Ein Fall von Granuloma ulcerosum der Geschlechtsorgane 1043.
— Ein Fall von Lichen planus Wilson 1045.
— Leishmaniosis papillomatosa 1414, ferner 1044, 1413.
Terrien, F., s. Babonneix.
Terron, Ch., Multiple Blasensteine 1009.
Terzaghi, Roberto, Elefantiastisches Syphilom der Vulva u. Urethra 1101.
Teschemacher (Neuenahr), Ein Fall von geheiltem (?) Morbus Addison 1111.
Thedering (Oldenburg), Üb. die Strahlenbhdlg. der Akne vulgaris 1012.
— Organisation der Lupusfürsorge im Herzogtum Oldenburg 1300.
Thelen (Köln), Zur Indikationsstellung der suprapubischen Prostatektomie 1263.
Theodoresco, Pierre, Z. Lokalisation d. tertiären Hautsyphilide, nebst 2 eigenen Beobachtgn. tert. Syphilis seltener Lokalisation 1184.
Thévenot, L., u. Lacassagne, J., Verzögerte Heilg. der Blase nach suprapubischer Prostatektomie 1083.
Thibierge, Georges, Syphilitischer Schanker des Zahnfleisches 1078.
— Der Wert der neuen diagnost. Methoden der Syphilis für die gerichtl. Medizin 1420.
— u. Marcorelles, E., Erythema in-

Digitized by Google

duratum b. e. Myxödematösen. Erythema induratum pseudopurpuricum 1079.
Thomas, G. J., Ein Apparat z. Injektion u. Spülung der Nierenbecken u. der Ureteren 1193.
Thomson (Brüssel), 2 Fälle v. Nävus bei Kindern m. Kohlensäureschnee behandelt 1322.
Tièche, Notiz üb. e. Fall v. Balanitis gangraenosa 1158.
Tizzoni, G., Üb. den Evolutionszyklus des Streptobacillus pleomorphus pellagrae 961.
— u. Deangelis, G., Untersuchungen üb. die Biologie u. Morphologie des Streptobacillus pellagrae 1250.
— — Üb. den Evolutionszyklus des Streptobacillus pellagrae 1273.
Todde (Cagliari), Die Geschlechtsdrüsen bei männl. Geisteskranken 962.
Toledo, Mario, Fall von Tinea (Trichophyton violaceum) 1042.
Tomasczewski, Egon, Über die Todesfälle nach intravenösen Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan 800.
— Subdurale Injekt. v. Syphilisvirus bei Kaninchen 865.
— Lebende Spirochäten bei progressiver Paralyse 982.
Torney (Berlin) 1458.
Touraine, A., s. Jeanselme.
Touton 1394.
Townsend, Terry M., u. Valentine, Julius V., Üb. Blennorrhoeerkrankgn. d. Niere 835.
Toyanca, J., Btrg. z. Kenntnis der Acanthosis nigricans 1238.
Trzcinski, Tadeusz, Üb. den therapeut. Wert des Salvarsans 1246.
Triboulet, Die Bhdlg. der Pyodermitis dch. lokale Applikation von Ziehlschem Fuchsin 1011.
Trimble, William B. 1306.
Trinchese, J., Üb. den Zeitpunkt d. luet. Infektion des Fötus u. dessen klinische Bedeutung 1388, ferner 794.
Trowbridge, E. H., Salvarsan b. progress. Paralyse 900.
Truffi, M., Üb. den raschen Übergang des syphilit. Virus nach den Lymphdrüsen 1301.
— Die Wirkg. des Goldes bei experiment. Syphilis 1419.
*Trýb, Ant., Üb. eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis 819.
Tschernogubow, N. A., s. Bogrow.
Tschumakow, Die histolog. Veränderg. im syph. Gumma u. Tuberkel unter d. Einfluß d. intraven. Salvarsaninjektionen 815.
Tsiminakis, C., Nukleinsäurebehandlung der progressiven Paralyse 899.
Turner, D., Die im Jahre 1912 im Royal Infirmary zu Edinburgh mit Radium behandelten Fälle 1241.

Ucke, A., Üb. die Wasserm. Reaktion 844.
Ufferte, L., u. Pellier, J., Ein Fall von Orientbeule (Gafsaknoten) 1076.
Uffreduzzi, O., Die Pathologie der Hodenretention 1164.
Uhlenhuth, P., u. Mulzer, P., Btrge. z. exper. Pathologie u. Therapie der Syphilis m. bes. Berücksichtgg. der Impfsyphilis der Kaninchen 1211.
— — Üb. die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen 1304.
— — u. Hügel, G., Die chemotherap. Wirkg. v. organ. Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten 1243.
Ujj, S., Zwei interessante Fälle von Dermatitis exfol. neonatorum 933.
Ullmann, Erich, Üb. die therap. Anwendg. von Normalserum bei juckenden Dermatosen 1454.
— Karl, Über Organotropie u. Parasitotropie des Atoxyls und Salvarsans 1245, ferner 1451.
Unna, P. G., Ein typischer Fall von „Papierwissenschaft" 966.
Urizio, Lino, s. Ferrari.
Uteau u. Bassal, Kongenit. Fistel der Harnröhre 1083.
— u. Saint-Martin, Polypen d. Urethra 840.
— s. Badin.

Valentine, Julius V., s. Townsend.
Valmorin, P. A. A., Btrg. z. Bhdlg. des Säuglingsekzems m. Schilddrüse (Opotherapie) 935.
Vandegrift, George W., Die Ätiologie der Iritis 877.
— Ödem der Lider 1248.
Vansetti, F., Experim. luetische Periostitis mit Karies des Schädeldaches 960.
— Experim. Untersuchgn. üb. die luetische Meningoenzephalitis 962.
Vaquez, H., u. Laubry, Ch., Üb. die spezifische Bhdlg. d. spezif. Aortitis u. des Aortenaneurysmas 871.
Vassilidès, D., Zur rationellen Bhdlg. der Vitiligo 1113.

Digitized by Google

Zdanowicz (Petersburg), Z. Frage üb. die Anwendg. d. Autoserotherapie d. Hydrozele 816.
Zeisler 803.
Zeiß, Adam, Z. Kasuistik u. Pathogenese der Lymphangiome am Thorax 1108.
Ziegel, Hermann F. L., Resultate der Salvarsanbhdlg. b. frühzeit. maligner Syphilis, Syphilid der Palmae u. Gumma der Zunge 1294.
Zieler, K., Moderne Syphilisbehandlung 902.
Zingerle, H., s. Haßmann.
Zinßer 1449.
Zitronblatt, A., Zur Kasuistik u. Histogenese der Nabeladenome 1108.
Zografides, A., Bilaterales Ekchondrom der Ohrmuschel 1109.
Zomakion, G. Th., Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik 796.
Zopyro, Mikrosporie 1413.
Zucker, R., Ein Btrg. zur Lehre von der Kombination des Scheinzwittertums m. Neubildgn. in der Genitalsphäre 1272.
Zuckerkandl, O. 1265, 1282.
Züllig, J., Wunddiphtherie u. Wunddiphtheroid 1021.
Zürcher, E., s. Müller, E. H.
Zürn, Psoriasis vulgaris 795.
v. Zumbusch, Leo 1026.
Zweig, Ludwig, Die Bhdlg. der Furunkulose u. der Sycosis coccogenes m. dem Staphylokokkenvakzin „Opsonogen“ 1010.
Zylberlastowna, Btrg. z. den Untersuchungen üb. Syph. cerebrospinalis 895.

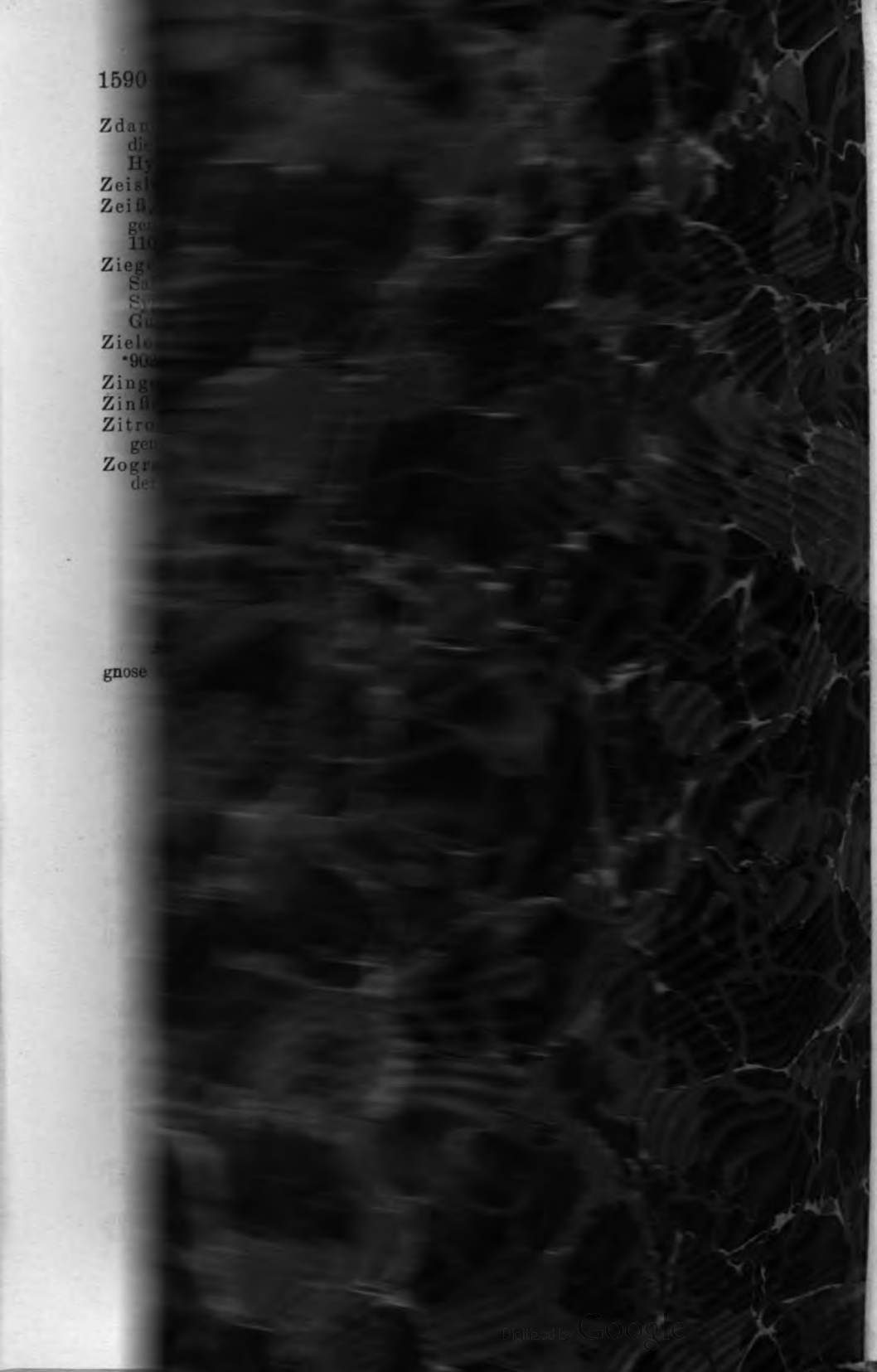
Nachtrag zum Register.

Auf Seite 1549 rechte Spalte fällt Zeile 20 u. 21: „Paralytica. Frühzeitige Diagnose der Dementia, Robertson 1522“ weg.

Digitized by Google

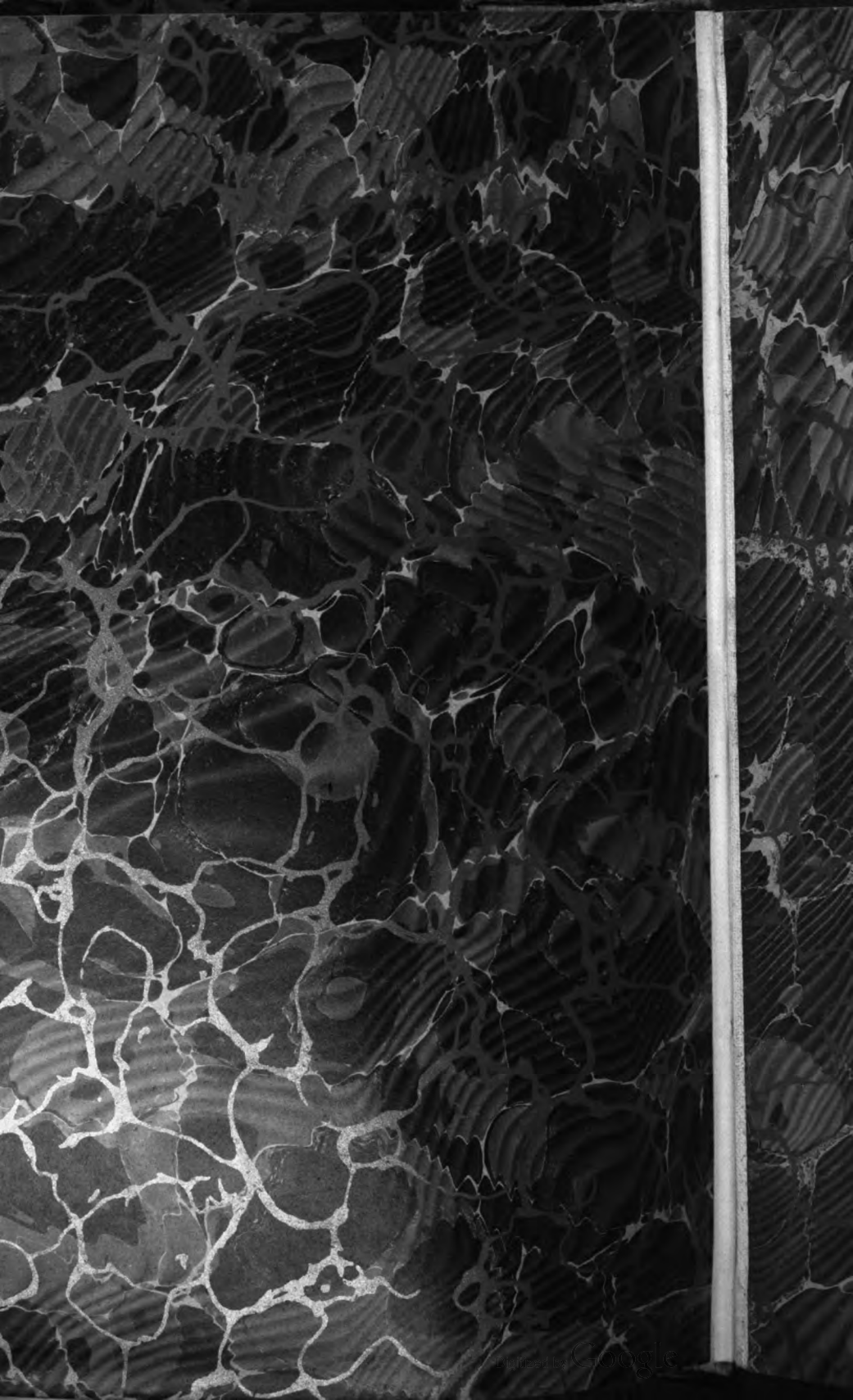
124238

Digitized by Google



124238

Digitized by Google



Digitized by Google